28.º

CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

2 a 5 de outubro de 2022

Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

Medicina Interna
Da Nascente à Foz

LIVRO DE RESUMOS

SPMI
Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

INDICE GERAL

LISTAGEM DOS REVISORES *3*
COMUNICAÇÕES ORAIS *5*
COMUNICAÇÕES ORAIS | CASOS CLÍNICOS **6**
COMUNICAÇÕES ORAIS | CASUÍSTICA / INVESTIGAÇÃO **219**
POSTERS *385*
POSTERS | CASOS CLÍNICOS **386**
POSTERS | CASUÍSTICA / INVESTIGAÇÃO **1270**
POSTERS COM APRESENTAÇÃO *1317*
IMAGENS EM MEDICINA *1768*

LISTAGEM DOS REVISORES

António Martins Baptista
Abílio Gonçalves
Adelaide Belo
Aida Cordero
Alberto Mello e Silva
Alexandra Bayão Horta
Alfredo Leite
Alfredo Martins
Amélia Pereira
Ana Borges
Ana Branco
Ana Campar
Ana Filipa Rodrigues
Ana Grilo
Ana Pastor
Ana Rita Paulos
Ana Teresa Boquinhas
Anabela Barros
Anabela Oliveira
Anabela Raimundo
Andreia Vilas Boas
Aníbal Marinho
António H. Carneiro
António José Grilo Novais
António Oliveira e Silva
Armando Carvalho
Arsenio Santos
Beatriz Pinheiro
Bebiana Gonçalves
Bruno Grima
Cândida Fonseca
Carlos Cabrita
Carlos Capela
Carlos Monteverde
Carmélia Rodrigues
Carolina Guedes
Catarina Duarte Santos
Cátia Barreiros
Cátia Figueiredo
Cecília Vilaça
Céu Evangelista
Claudio Quintaneiro
Conceição Escarigo
Conceição Pires
Cristina Rosário
Cristina Teotónio
Diogo Cruz
Edite Nascimento
Edna Gonçalves
Eduardo Doutel
Elga Freire
Élio Rodrigues
Elsa Gaspar
Emília Louro
Estevão de Pape
Eugénio Dias
Fábio Almeida
Fátima Campante
Fátima Guedes
Fátima Leal Seabra
Fátima Pinto
Fátima Silva
Faustino Ferreira
Fernando Salvador
Ferraz e Sousa
Filipa Malheiro
Filipe Nery
Francisca Delerue
Francisco Araújo
Francisco Parente
Heidi Gruner
Hélder Esperto
Helena Cantante
Helena Santos
Helena Sarmento
Hugo Miguel Oliveira
Inês Chora
Inês Palma dos Reis
Irene Marques
Isabel Apolinário
Isabel Bessa
Isabel Esperança
Isabel Lavadinho
Isabel Madruga
Isabel Pereira
Isabel Soles
Ivone Ferreira
Joana Cochicho
Joana Martins Louro
Joana Neves

LISTAGEM DOS REVISORES

Joana Pimenta
João Araújo Correia
João Correia
João Espírito Santo
João Gonçalves Pereira
João Matos Costa
João Melo
João Neves
João Porto
João Sá
João Sequeira
José António Briote Mariz
José Ferreira
José Meireles
José Pereira de Moura
José Presa
Júlio R Oliveira
Lèlita Santos
Lia Marques
Luis Brito Avo
Luís Costa Matos
Luis Duarte Costa
Luis Nogueira Silva
Luísa Fonseca
Luísa Guimarães
Luísa loureiro
Luisa Pereira
Luisa Rebocho
Mafalda Santos
Marco Fernandes
Margarida Ascensão
Margarida França
Margarida Mota
Maria da Luz Brazão
Maria Helena Sousa Brito
Maria João Baldo
Maria João Lobão
Maria Teresa Cardoso
Marta Brás
Marta Sousa
Melanie Ferreira
Nadine Silva
Narciso Oliveira
Nídia Pereira
Nuno Bernardino Vieira
Nuno Morais
Odete Miranda
Olga Gonçalves
Patrícia Dias
Paulo Almeida
Paulo Carrola
Paulo Gouveia
Pedro Correia Azevedo
Pedro Guimarães Cunha
Pedro Leuschner
Pedro Morais Sarmento
Pedro Neves
Carlos Vasconcelos
Manuel Teixeira Veríssimo
Rafaela Veríssimo
Raquel Faria
Ricardo Fernandes
Ricardo Louro
Rita Correia
Rosário Marinheiro
Rosário Santos Silva
Rui Carneiro
Sandra Martin
Sandra Morais
Sara Estrela
Sara Faria
Sara Marques
Sérgio Baptista
Sofia Duque
Sofia Pinheiro
Sofia Silva
Susana Cavadas
Susana Coelho
Susana Nóbrega Dias
Susana Magalhães
Suzana Calretas
Teresa Alfaiate
Teresa Branco
Teresa Costa
Vanessa Carvalho
Vasco Barreto
Vítor Branco
Vitor Paixão Dias
Zélia Lopes

COMUNICAÇÕES ORAIS

COMUNICAÇÕES ORAIS

casos clínicos

INDICE COMUNICAÇÕES ORAIS | CASOS CLÍNICOS

CO n.º 0019 Síndrome de platipneia-ortodeóxia - A "misteriosa" causa de hipoxemia

CO n.º 0049 Um abcesso hepático e hemorragia massiva com a mesma etiologia

CO n.º 0058 Alcoolizar para tratar: um caso sobre intoxicação por etilenoglicol

CO n.º 0143 Ectasias coronárias em doente com história de dois enfartes

CO n.º 0183 Infeção por SARS-CoV-2: nova causa de hepatite aguda.

CO n.º 0211 Insuficiência Adrenal Secundária após Infeção por SARS-CoV-2

CO n.º 0270 Polisserosite - uma etiologia rara a considerar

CO n.º 0319 De lesões necróticas infracentimétricas digitais ao diagnóstico de Mieloma Múltiplo

CO n.º 0328 Leptospirosis presenting with myopericarditis

CO n.º 0372 Inovação no tratamento da Fibrose Quística: um caso de transaminite associada ao Kaftrio

CO n.º 0417 Doença de Fabry: 2 casos clínicos com formas de apresentação tardia

CO n.º 0425 Cetoacidose euglicémica – a importância da história clínica

CO n.º 0429 Caso raro de pericardite associada a MSSA

CO n.º 0471 Uma picada fatal - Malária cerebral no Serviço de Urgência

CO n.º 0476 Infeção por Clostridium septicum - um caso de gangrena gasosa traumática

CO n.º 0477 Edema pulmonar unilateral, um desafio diagnóstico

CO n.º 0490 Febre Reumática aguda: uma entidade a relembrar

CO n.º 0501 Bacteriémia persistente a Staphylococcus aureus: a importância da tolerância antibiótica.

CO n.º 0502 Febre sem Foco e Edema das Mãos e Pés - Um Caso de Síndrome de RS3PE

CO n.º 0540 VexUS Score na prática clínica- A mudança do paradigma da abordagem do doente congestivo

CO n.º 0547 Um caso de mieloma múltiplo com envolvimento extramedular múltiplo

CO n.º 0559 Síndrome de Evans desencadeado por vacina mRNA SARS-CoV-2

CO n.º 0598 Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema – uma etiologia rara de poliartrite

CO n.º 0601 Micobacteriose atípica disseminada: um relato de caso

CO n.º 0607 Polidipsia primária como causa rara de hiponatremia no serviço de urgência

CO n.º 0611 Síndrome Febril: Um desafio diagnóstico

CO n.º 0632 Caso raro de síndrome de May-Thurner/Cockett em doente com história familiar de eventos trombóticos

CO n.º 0659 Síndrome de Lemierre - uma séptica odinofagia

CO n.º 0669 Mieloma múltiplo e massa retroperitoneal: caso clínico

CO n.º 0688 Uma hipertensão "hemolítica"

CO n.º 0692 Cetoacidose diabética pós Pembrolizumab: Um caso clínico

CO n.º 0697 A importância da atuação precoce na crise renal esclerodérmica

CO n.º 0707 Na pista das adenopatias

CO n.º 0708 Diplopia: apresentação invulgar de plasmocitoma em localização rara

CO n.º 0717 Apresentação atípica de sarcoidose

CO n.º 0724 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO POR EMBOLIA CORONÁRIA

CO n.º 0739 Quando os secundários se revelam mais que o primário - da nevralgia ao Krukenberg

CO n.º 0748 Colestase hepática crónica no adulto: quando pensar em Colestase Intrahepática Progressiva Familiar?

CO n.º 0753 Paraganglioma metastático: uma gota no oceano da hipertensão

CO n.º 0766 Quando uma rabdomiólise é mais complicada do que parece!

CO n.º 0781 Miocardite aguda como forma de apresentação de Doença de Fabry: a propósito de um caso clínico

CO n.º 0786 TOXICIDADE À VACINA CONTRA COVID 19 - SDRIFE

CO n.º 0799 O desafio? Juntar todas as peças

CO n.º 0808 Derrame pleural – quando o tratamento é a causa

CO n.º 0837 CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS PARA O MELHOR RESULTADO

CO n.º 0840 Frozen to the core: Um caso de Anemia hemolítica na presença de aglutininas frias e crioglobulinas

CO n.º 0843 Uma manifestação atípica de encefalopatia hipertensiva – as múltiplas complicações da hipertensão

CO n.º 0846 Nem tudo o que parece... Hepatite É

CO n.º 0850 Parkinsonismo vascular como mimético de AVC

CO n.º 0851 GESF Colapsante associada ao SARS COV 2: será?

CO n.º 0856 Pericardite efusiva recorrente secundária a Ustecinumab?

CO n.º 0888 O desafio diagnostico e terapêutico do Síndrome Osler-Weber-Rendu

CO n.º 0897 Quadro psiquiátrico em Encefalite Autoimune

CO n.º 0904 Síndrome Hemofagocítico em doente com Linfoma de Não Hodgkin

CO n.º 0907 Anterior spinal cord infarction – rare case with Hypertriglyceridemia and Antiphospholipid Syndrome

CO n.º 0917 Edema bradicininérgico após Tenecteplase

CO n.º 0920 Síndrome de lise tumoral associado a hipercalcemia

CO n.º 0975 Neuropatia por défice de Vitamina B12 em relação provável com terapêutica prolongada com Metformina

CO n.º 0978 Repercussões da pandemia a SARS-CoV-2 num doente com adenocarcinoma colo-rectal

CO n.º 0981 Púrpura trombocitopénica trombótica: diagnóstico raro, mas urgente

CO n.º 1003 Alterações comportamentais em doente com ADPM - um desafio diagnóstico

CO n.º 1012 Osteopetrose tipo II autossómica dominante - identificação de uma nova mutação

CO n.º 1043 Estadio IV Raro

CO n.º 1044 Complicação trombótica de tratamento com análogos da trombopoietina – um desafio terapêutico

CO n.º 1083 Hemocromatose hereditária e as suas complicações

CO n.º 1084 Ascite quilosa – uma complicação rara da malignidade

CO n.º 1093 Acidose Láctica Associada à Metformina no doente idoso - que opções?

CO n.º 1095 Infeção por Raoultella ornithinolytica: um novo agente nos nossos hospitais

CO n.º 1111 Um caso de endocardite fúngica

CO n.º 1134 Síncope e hiperprolactinemia: uma associação improvável com causa rara.

CO n.º 1151 Clostridium innocuum: o lobo em pele de cordeiro

CO n.º 1158 Linfoma folicular com envolvimento do sistema nervoso central

CO n.º 1167 De Incidentaloma a Sarcoma

CO n.º 1181 A MÁSCARA DA APLASIA

CO n.º 1224 Doença intersticial pulmonar iatrogénica a amiodarona: a propósito de um caso clínico

CO n.º 1287 Microangiopatia trombótica como causa rara de AVC

CO n.º 1296 Endocardite por Coxiella burnetti: da suspeita diagnóstica ao tratamento

CO n.º 1301 Reacção paradoxal no tratamento de Linfadenite Tuberculosa

CO n.º 1306 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE ICTERÍCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO POUCO FREQUENTE

CO n.º 1307 Linfoma de Burkitt – um caso epidemiológico atípico

CO n.º 1310 QUANDO UM DIAGNÓSTICO NÃO CHEGA …

CO n.º 1315 Endocardite de Loeffler – a propósito de um caso de insuficiência cardíaca aguda

CO n.º 1316 Insuficiência supra-renal como apresentação da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

CO n.º 1355 Crise carcinóide após biópsia hepática: A propósito de um caso clínico

CO n.º 1360 Colite por citamegalovírus no indivíduo imunocompetente – um agente esquecido

CO n.º 1364 Paraplegia como uma manifestação neurológica incomum de linfahistiocitose hemofagocítica

CO n.º 1377 Uma Mente Aprisionada: A Propósito de um Caso Clínico

CO n.º 1381 A suspeita clínica da amiloidose é elevada … deve o tratamento aguardar a confirmação histológica?

CO n.º 1402 Pênfigo vulgar após sleeve gástrico: uma apresentação grave

CO n.º 1410 Nem tudo são bactérias

CO n.º 1416 Insuficiência Cardíaca de novo num doente sob Etanercept: a propósito de um caso clínico.

CO n.º 1421 Miastenia gravis, uma doença rara desencadeada por SARS-CoV-2

CO n.º 1434 Diátese hemorrágica - desafio diagnóstico no internamento em Medicina Interna

CO n.º 1456 Gota cervical: uma apresentação atípica de crise gotosa

CO n.º 1466 Linfoma T anaplásico: um desafio diagnóstico

CO n.º 1467 Múltiplas modalidades terapêuticas na embolia pulmonar de risco intermédio-alto

CO n.º 1476 Lesões osteoblásticas: uma apresentação rara de um adenocarcinoma gástrico

CO n.º 1489 Tiroidite subaguda após vacinação contra a COVID-19

CO n.º 1492 A busca pela etiologia improvável

CO n.º 1499 Consolidação pulmonar – um raro envolvimento primário do linfoma linfoplasmocítico

CO n.º 1504 Quem vê mãos pode ver corações!

CO n.º 1512 LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA – UMA CAUSA SECUNDÁRIA DE LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA

CO n.º 1531 Duas hipóteses, um diagnóstico: Amiloidose cardíaca

CO n.º 1535 Distúrbio de ritmo na Síndrome de Guillain-Barré: a propósito de um caso clínico

CO n.º 1560 Um caso raro de agressividade

CO n.º 1582 Tuberculose disseminada e Miocardiopatia dilatada, coincidência ou relação?

CO n.º 1644 Lesões ocupantes de espaço num fígado cirrótico: quando pensar em metastização

CO n.º 1646 AIDP - To treat or not to threat, that's the question

CO n.º 1668 Choque distributivo por insuficiência suprarrenal como apresentação inaugural de neoplasia

CO n.º 1688 Neurofibromatose tipo 1, um diagnóstico tardio: a propósito de um caso clínico

CO n.º 1696 Titulo: Síndrome torácica aguda na gravidez " O papel do Internista"

CO n.º 1701 Trombose completa da veia mesentérica: um diagnóstico insólito num doente com febre

CO n.º 1713 Causa rara de lesão renal aguda no doente oncológico. O que escondem rins grandes?

CO n.º 1714 Derrame pleural e pericárdico em doente com síndrome constitucional, em que devemos pensar?

CO n.º 1723 Hemoglobinúria Paroxística Noturna:Causa Inesperada de Hemólise, Importância do Diagnóstico Atempado

CO n.º 1727 Doença das Aglutininas ao Frio secundária a infecção por SARS-CoV-2

CO n.º 1728 Insuficiência Cardíaca de Causa Não Esperada – A Propósito de um Caso Clínico

CO n.º 1729 Infeção VIH/SIDA,Meningite Criptocócica,Neurossífilis,Leishmaniose Visceral: 4 Diagnósticos,1 Doente

CO n.º 1738 Hiponatrémia refratária no idoso – a propósito de um caso clínico

CO n.º 1746 Síndrome de Cushing por carcinoma adrenocortical ACTH independente

CO n.º 1747 Emergência hipertensiva como fator precipitante de DRC terminal num jovem de 23 anos

CO n.º 1773 PERICARDITE PÓS-VACINA COMIRNATY - A PROPÓSITO DE UM CASO.

CO n.º 1781 Síndrome hipereosinofílico: afinal não era apenas uma crise de rinite alérgica?

CO n.º 1798 Insulinoma – relato de um caso clínico

CO n.º 1800 Anemia hemolítica por disfunção de prótese valvular biológica – a propósito de um caso clínico

CO n.º 1817 Plexopatia lombar em contexto de hematoma retroperitoneal – uma complicação subdiagnosticada

CO n.º 1844 Quando o cansaço não é apenas cansaço - A propósito de um Caso Clínico

CO n.º 1853 Pericardite aguda a Salmonella typhi

CO n.º 1865 Cancro Hipertensivo

CO n.º 1875 Um caso raro de microangiopatia trombótica mediada pelo complemento – a importância da genética

CO n.º 1891 SÍNDROME CONSUMPTIVA - QUANDO NEM TUDO QUE PARECE, É: A PRÓPOSITO DE UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

CO n.º 1910 PERICARDITE TUBERCULOSA – UM DIAGNÓSTICO PRESUMPTIVO

CO n.º 1927 Quando os enfartes são muitos, o médico desconfia…

CO n.º 1930 Um caso sóbrio de Tríade de Wernicke

CO n.º 1950 Síndrome de POEMS: Ver a imagem como um todo

CO n.º 1957 Uma causa endémica de cefaleia.

CO n.º 1961 SÍNDROME DE LAMBERT-EATON: UM DIANGÓSTICO A NÃO ESQUECER

CO n.º 1969 Multiple non-infectious hepatic nodules that respond to antibiotics

CO n.º 1984 PNEUMONIA COVID-19 NO DOENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN: FEBRE COMO SINAL DE DOENÇA PROLONGADA

CO n.º 1995 Diarreia crónica como manifestação de amiloidose intestinal

CO n.º 2022 Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) – uma doença rara ou esquecida?

CO n.º 2040 Pneumonia por Enterovírus: Uma Entidade Rara no Adulto

CO n.º 2045 HIPOPITUITARISMO – UM CASO DE HIPOFISITE SECUNDÁRIA A IMUNOTERAPIA

CO n.º 2048 AVC do tronco cerebral e Síndrome de Miller Fisher- um desafio no diagnóstico diferencial

CO n.º 2084 Esternoclavicular - uma artrite séptica incomum

CO n.º 2114 Salmonelose como apresentação de linfoma

CO n.º 2126 Dúvidas diagnósticas e tratamento "off-label" – a propósito de um doente com bronquiectasias

CO n.º 2162 A propósito de um caso clínico: uma rara apresentação de Sarcoidose

CO n.º 2170 Cardiomiopatia Dilatada associada a Distrofinopatia

CO n.º 2171 Oportunista em época COVID

CO n.º 2174 Caso de Leptospirose após infeção por SARS-CoV-2

CO n.º 2180 TEV recorrente: doente com polimorfismo 4G/5G do gene PAI-1 e mutação C677T do gene MTHFR

CO n.º 2183 It's never Lúpus-Flare Inaugural de LES,Síndrome Hemafagocítico e Enteropatia Perdedora de Proteínas

CO n.º 2196 Never underestimate the power of Mr. Epstein–Um caso de PTI a Epstein-Baar em doente imunocompetente

CO n.º 2212 Infiltração medular - uma causa rara de choque distributivo

CO n.º 2217 FEBRE, ARTRITE E EXANTEMA, O DESAFIO DIAGNÓSTICO E O DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

CO n.º 2222 Pancitopénia grave secundária a temozolamida

CO n.º 2268 UM CASO RARO DE MIELITE LÚPICA DE REPETIÇÃO EM PACIENTE JOVEM

CO n.º 2278 Amiloidose cardíaca isolada: a importância da imagiologia no diagnóstico

CO n.º 2282 Paraganglioma: uma causa rara para uma doença comum

CO n.º 2311 Hipopituitarismo: uma causa rara

CO n.º 2322 Streptococcus anginosus do comensal ao abcesso

CO n.º 2330 Covid-19: Uma coagulopatia catastrófica.

CO n.º 2339 Uma causa de insuficiência respiratória hipoxémica a ter em mente

CO n.º 2342 O comportamento errático da tuberculose

CO n.º 2347 Pancreatite recorrente secundária a hipertrigliceridemia grave

CO n.º 2361 Uma apresentação atípica de Doença de Lyme

CO n.º 2378 Hipertensão intracraniana a importância da persecução diagnóstica

CO n.º 2390 Linfoma de células B difuso – um caso com apresentação atípica

CO n.º 2417 Aspergillus: um agente silencioso

CO n.º 2424 DOR ABDOMINAL RECORRENTE NO JOVEM – UMA CAUSA INESPERADA

CO n.º 2425 Psicose e síndrome constitucional – doença psiquiátrica ou doença orgânica?

CO n.º 2430 Síndrome hemofagocítica – uma sequela causada por COVID-19?

CO n.º 2434 Borreliose e pericardite aguda: um diagnóstico desafiante

CO n.º 2435 LISTERIOSE À CABEÇA

CO n.º 2438 Miocardite, Lupus Eritematoso Sistémico e COVID-19: um trinómio delicado

CO n.º 2445 Nem tudo o que parece é: quando um possível AVC esconde um shunt portossistémico congénito

CO n.º 2502 Doenças pulmonares intersticiais - O inicio do fim...

CO n.º 2520 Síndroma Consuntiva: Mais do mesmo?

CO n.º 2531 Carcinoma de Células de Merkel: uma causa rara de adenopatias generalizadas

CO n.º 2535 CID crónica o suspeito improvável

CO n.º 2539 Hipereosinofilia, hipertrofia parotídea acentuada como apresentação de Leucemia Linfoblástica Aguda

CO n.º 2548 A propósito de uma dorsolombalgia

CO n.º 2559 Encefalite lúpica e teratoma do ovário: uma associação fortuita?

CO n.º 2588 Diabetes insípidus nefrogénico secundário a intoxicação por lítio

CO n.º 2605 Tempestade tiroideia, a propósito de um caso clínico

CO n.º 2611 HEPATITE AUTOIMUNE INDUZIDA PELO ÁCIDO CLAVULÂNICO

CO n.º 2621 Encefalopatia de Hashimoto e/ou Neuro-Sjögren

CO n.º 2626 Diabetes mellitus imunorrelacionada

CO n.º 2627 Leptospirose – uma infeção rastejante

CO n.º 2638 Tromboembolismo Pulmonar extenso – o particular caso de um diagnóstico por acaso

CO n.º 2640 Dissecção da Aorta, apresentação atípica

CO n.º 2670 Nefropatia membranosa associada a neoplasia: uma associação a não esquecer

CO n.º 2697 Síndrome de Horner, da suspeição à confirmação diagnóstica e orientação terapêutica.

CO n.º 2699 Parvovírus e "a foice" - uma conjugação de risco

CO n.º 2724 Toxocara canis: a propósito de um caso com manifestações raras

CO n.º 2732 ARCOBACTER BUTZLERI: NEUTROPENIA FEBRIL POR ARCOBACTER BUTZLERI - UM DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO RARO

CO n.º 2735 Doença das aglutininas frias em contexto de pneumonia nosocomial

CO n.º 2747 Síndrome de Brown-Séquard – acerca de um caso clínico

CO n.º 2787 TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS: INCIDENTALOMA OU SÍNDROME CLÍNICA?

CO n.º 2788 Miosite piogénica - apresentação fulminante no doente imunodeprimido

CO n.º 2814 Neuropatia ótica isquémica anterior arterítica após vacinação contra a COVID-19

CO n.º 0019

Síndrome de platipneia-ortodeóxia - A "misteriosa" causa de hipoxemia

ERICA MARIANA BARATA(1);Patricia Santos(1);Filipa Ferreira(1);Elena Pirtac(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução A dispneia e hipoxemia acentuadas pela posição ortostáticas são eventos raros. Descrita pela primeira vez no final de 1940, a ortodeoxia e a platipneia ainda não são completamente compreendidos. As causas mais frequentemente da Síndrome de platipneia-ortodeóxia (SPO) são shunt arteriovenoso pulmonar ou shunt direito-esquerdo intracardíaco. A prevalência desta Síndrome é substimada. Caso clínico Homem,77 anos, com insuficiência respiratória parcial sob oxigénio de longa duração; Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico direito (1997 e 2006). FOP diagnosticado em ecocardiograma transesofágico (ETE). Admitido por AVC isquémico de novo e traqueobronquite aguda sob antibioterapia por 7 dias. No internamento apirético, hemodinamicamente estável, eupneico em repouso sob O2. Melhoria dos défices neurológicos. Assumiu-se AVC de etiologia embólica por lesões vasculares agudas em localizações diferentes. Ecocardiograma transtorácico, insuficiência aortica, válvula pulmonar ligeira e aorta ascendente dilatada. Não realizou ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano por Angiotomografia computorizada crânio-encefálica prévia. Ao 5º dia, episódio súbito de polipneia, com respiração irregular, cianose labial e dessaturação, necessidade de oxigenioterapia de alto débito. Decide-se levante e verificou-se episódios de dessaturação em ortotatismo, necessidade de ventilação não invasiva, desmame progressivo. Por suspeita de SPO, realizou cintigrafia de ventilação-perfusão que revelou trombembolismo pulmonar (TEP), iniciou enoxaparina dose terapêutica. Perante antecedente de FOP, sem documentação de encerramento, solicitou-se doppler transcraniano, shunt direito-esquerdo grande. Não realizou ETE por insuficiência respiratória grave. Procedeu ao encerramento da FOP por cateterismo. Controlo por ETE e de radioscopia, melhoria clínica e analítica. Discussão A maioria dos FOPs são assintomáticos e presença de sintomas é relacionada ao desenvolviento de shunt D-E. Em adultos que apresentam FOP, a suspeita de síndrome deve estar associada a um processo fisiopatológica adicional como aneurisma da aorta ascendente ou alterações mediastinais. A SPO deve ser considerada perante hipoxemia persistente sem etiologia definida e a embolia paradoxal como etiologia do AVC.

CO n.º 0049

Um abcesso hepático e hemorragia massiva com a mesma etiologia

Francisco Vara Luiz(1);Ana a Albuquerque(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: O abcesso hepático (AH) constitui o tipo mais comum de abcesso visceral, associado a uma taxa de mortalidade de 10-40%. A patologia do trato biliar constitui a etiologia mais frequente. Contudo, não devem ser descuradas causas iatrogénicas, nomeadamente após colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com esfincterotomia endoscópica (ETE), uma associação rara, recentemente descrita.
Caso clínico: Mulher de 71 anos, com história de coledocolitíase e dispepsia medicada com inibidor da bomba de protões (IBP), recorre ao serviço de urgência por quadro com um dia de evolução de febre e dor no hipocôndrio direito. A doente foi submetida a CPRE com ETE 2 dias antes do início dos sintomas. O exame físico revelou uma doente febril, ictérica, com dor à palpação no hipocôndrio direito. A tomografia computorizada abdominal revelou lesão abcedada no segmento 7 hepático com 33x35 mm e realce parietal da vesícula biliar, colédoco e cístico, tendo sido internada com as hipóteses diagnósticas de AH e colangite aguda. Nas hemoculturas foram isolados E.coli, S.anginosus e E.Faecalis, tendo realizado antibioterapia dirigida com ampicilina, benzilpenicilina e metronidazol. Como intercorrências, a destacar hemoperitoneu iatrogénico após tentativa de drenagem percutânea do AH, com necessidade de suporte transfusional, assim como hemorragia digestiva da papila, manifestada por melenas, 17 dias após ETE. Nesta última, por se ter associado a instabilidade hemodinâmica persistente, foi colocada prótese biliar metálica por CPRE, retirada quatro semanas depois, tendo-se constatado melhoria progressiva do quadro.
Discussão: O caso exposto retrata uma doente com múltiplos fatores associados ao desenvolvimento de AH: idade avançada, terapêutica crónica com IBP, colangite aguda e realização recente de CPRE com ETE. Este procedimento provoca rotura da barreira entre o trato biliar e o duodeno, resultando em refluxo duodeno-biliar, que pode facilitar a colonização bacteriana, culminando num AH. Esta associação, recentemente descrita, deve ser tida em conta e teve um papel importante na patogénese deste caso. Realça-se ainda a hemorragia pós-CPRE com ETE, que apesar de constituir uma complicação rara (1-2%), mais frequente nos primeiros dias após o procedimento, neste caso particular surgiu tardiamente.

CO n.º 0058

Alcoolizar para tratar: um caso sobre intoxicação por etilenoglicol

Diogo Duarte Dias(1);Filipe Alfaiate(1);Sandra Lucas(1);Diana Coutinho(1);Andreia Bernardino(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A intoxicação por etilenoglicol é uma emergência médica pouco frequente. Este é usado como anti-congelante no líquido de refrigeração para automóveis. Os principais sintomas são alteração do estado de consciência e taquipneia. Analiticamente destaca-se por acidose metabólica com elevação do anion gap. O tratamento consiste na perfusão de etanol a 10%.
CASO CLÍNICO: Homem, 37 anos com antecedentes de síndrome depressivo medicado. Deu entrada na sala de emergência por tentativa de suicídio com ingestão voluntária de 1L de líquido anti-congelante para automóveis. O tempo de evolução era desconhecido. À admissão apresentava-se sonolento, mas facilmente despertável, orientado, respiração superficial e hemodinamicamente estável. Os exames complementares revelaram: acidemia metabólica com anion gap elevado; analiticamente sem compromisso da função renal ou hepática; drogas de abuso na urina negativas. Iniciou piridoxina, tiamina, bicarbonato e perfusão de etanol a 10% para valores alvo de 1.5g/dL. Posteriormente, verificou-se depressão do estado de consciência com necessidade de ventilação invasiva. Ficou internado em cuidados intensivos onde manteve terapêutica. Conseguiu-se desmame ventilatório sem outras lesões de órgão. Foi de seguida transferido para o serviço de Psiquiatria.
DISCUSSÃO: A intoxicação por etilenoglicol é uma emergência médica pouco comum. Os primeiros sintomas surgem 1 a 4 horas após ingestão. A acumulação dos seus metabolitos pode levar a lesão de órgão como alteração do estado de consciência, falência respiratória e lesão renal aguda intrínseca. A gestão terapêutica passa por perfusão de etanol a 10%. Esta preparação é geralmente feita na farmácia hospitalar. Em hospitais distritais sem presença permanente de farmacêutico, a prontidão da marcha terapêutica pode ficar comprometida. Em última análise, como se chegou a ponderar neste caso, podem ser administradas bebidas brancas com elevado teor alcoólico via sonda nasogástrica.

CO n.º 0143

Ectasias coronárias em doente com história de dois enfartes

Rita Noversa(1);Mariana Lobo(1);Olga Meneses(1);Carolina Guedes(1);Cristina Gavina(1);Liliana Carneiro(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cardiovasculares

As ectasias da artéria coronária (EAC) são um achado raro em angiografia coronária e caracterizam-se por uma dilatação vascular anormal associada a perturbação do fluxo, trombogenicidade e hiperinflamação, do qual podem decorrer oclusões agudas da circulação coronária – sendo uma etiologia a reter no enfarte agudo do miocárdio (EAM), pelo estudo etiológico complementar e abordagem terapêutica diferenciadora, como se ilustra neste caso.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 55 anos, com fatores de risco vascular (hipertensão arterial e dislipidemia) e história de EAM com elevação do segmento ST (EAMcEST) na parede inferior, em contexto de trombose coronária em artéria ectásica, com oclusão da artéria circunflexa, não abordável por angioplastia. Foi temporariamente medicada com dupla antiagregação plaquetar (DAPT), com ácido acetilsalicílico – AAS – e clopidogrel, e hipocoagulação (com apixabano), tendo sido posteriormente ajustada para antiagregação simples com AAS. Readmitida por EAMsEST, e, dada a presença de várias ectasias e eventos recorrentes, foi privilegiada terapêutica não invasiva – preconizou-se a utilização de terapêutica tripla (DAPT e hipocoagulação) na primeira semana, posteriormente AAS e apixabano durante 1 ano e após esse período apenas hipocoagulação.

Apesar da etiologia mais frequente no adulto para EAC ser aterosclerótica, a doente foi submetida a estudo complementar que permitiu descartar outras causas: arterite de Takayasu e displasia fibromuscular, vasculites ANCA, artrite reumatoide, lúpus; infeção por sífilis descartada; foi negado consumo de cocaína ou outras drogas; sem fenótipo clínico sugestivo de síndrome de Marfan ou Ehlers-Dahlos.

A associação de EAC e EAM ainda não foi totalmente estabelecida, mas a evidência aponta para que a EAC possa ser uma característica morfológica importante na etiologia de eventos cardíacos; contudo, pela sua raridade, carece de regime terapêutico padrão para estas situações, sendo premente definir a pertinência de hipocoagular estes doentes, pelo risco trombótico associado às EAC.

CO n.º 0183

Infeção por SARS-CoV-2: nova causa de hepatite aguda.

Maria João Rocha(1);Ana Rita Ramalho(1);Adriana Dias(1);José Magalhães(1);José Pedro Fernandes(1);Inês Fonseca(1);Maja Petrova(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A infeção por SARS-CoV-2 cursa maioritariamente com patologia respiratória porém, as alterações da função hepática não são incomuns, desconhecendo-se ainda a prevalência destas como apresentação inicial da infeção. Não obstante, sabe-se que a elevação discreta das transaminases se encontra associada à gravidade da pneumonia.
Caso clínico: Mulher, 79 anos, com antecedentes de síndrome depressiva, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 24/11/2021 referenciada pelo Médico de Família por alterações analíticas após infeção por SARS-CoV-2 (critérios de cura a 13/11) e colúria. Ao exame objetivo apresentava-se ictérica, sem dor abdominal ou organomegalias palpáveis. Analiticamente apresentava albumina 3.3g/dL, desidrogenase láctica 484U/L, TGO 1396U/L, TGP 1228U/L, fosfatase alcalina 338U/L, gama-GT 745U/L e bilirrubina total 8.7mg/dL (direta 6.4mg/dL). Negava introdução de novos medicamentos ou ingestão de substâncias tóxicas. Apresentava serologias e auto-imunidade negativas e ecografia abdominal, TAC abdominal e colangioRMN sem alterações. Na suspeita de hepatite aguda realizou biópsia hepática que revelou o diagnóstico de “Hepatite aguda severa, em provável relação com infeção Covid-19”. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia e, cinco meses depois, encontra-se em desmame com prednisolona 10mg/dia, com praticamente normalização analítica e total resolução clínica.
Discussão: A hepatite induzida pela COVID-19 é uma nova entidade clínica, cuja fisiopatologia ainda é pouco conhecida. Sabe-se que o tropismo pelas células hepáticas se faz através dos recetores ECA-2, nomeadamente nos colangiócitos onde a sua expressão é mais abundante. O caso que apresentamos reforça a importância de conhecermos outras apresentações clinicamente relevantes deste vírus, devendo o clínico estar sensibilizado para a sua existência para o rápido diagnóstico e intervenção, melhorando o prognóstico.

CO n.º 0211

Insuficiência Adrenal Secundária após Infeção por SARS-CoV-2

Raquel Oliveira(1);Viviana Martins(1);Dília Valente(1);Maria José Grade(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Embora frequentemente associado a patologia respiratória, o vírus SARS-CoV-2 pode afetar múltiplos órgãos, apresentando também tropismo para órgãos do sistema endócrino como a suprarrenal. Muitas vezes com apresentação clínica inespecífica ou atípica, é necessário elevado índice de suspeição para alcançar o diagnóstico final.
Caso: As autoras apresentam o caso de uma mulher de 23 anos, asmática sem necessidade de medicação, com infecção respiratória ligeira por SARS-CoV-2 em setembro/2021. Cerca de uma semana após resolução da infeção, iniciou quadro de astenia, mialgias e dor mista (nociceptiva e neuropática), parestesias e diminuição da força de predomínio distal inicialmente nos membros superiores com generalização aos membros inferiores cerca de 5 dias depois. O quadro agravou-se progressivamente com incapacidade de deambulação e dependência de terceiros para as actividades de vida diária, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência em novembro/2021. Referia ainda perda ponderal de 4kg em duas semanas. Ao exame objetivo, estava hemodinamicamente estável, com força 3/5 nos quatro membros e hiperestesia dolorosa. Fez tomografia computorizada crânio-encefálica e ressonância magnética do neuroeixo, sem alterações relevantes, nomeadamente do hipotálamo ou da hipófise, ou lesões desmielinizantes. Realizou eletromiografia com exclusão de polineuropatia motora ou sensitiva de grandes fibras. Do estudo analítico, salienta-se ACTH 1.0 pg/mL (normal 7.0-63.0) e cortisol sérico 0.9 µg/dL (normal 6.2-19.4). Assumiu-se assim insuficiência adrenal secundária e iniciou corticoterapia com prednisolona, após ausência de resposta a hidrocortisona, com resolução clínica e analítica.
O presente caso ilustra uma apresentação clinica atípica de insuficiência adrenal dominada por quadro álgico, alodinia, hiperestesia e diminuição simétrica da força com dramático impacto funcional na qualidade de vida após uma doença ligeira por SARS-CoV-2. Leow et al. demonstrou já previamente o desenvolvimento de hipocortisolismo central em cerca de metade dos doentes recuperados de infeção por SARS-CoV, o que realça a importância de uma vigilância endocrinológica ativa em doentes recuperados de infeção por SARS-CoV-2, ainda que ligeira como no caso descrito.

CO n.º 0270

Polisserosite - uma etiologia rara a considerar

Mariana Esteves(1);Rita Reis Bragança(1);Sandra a. Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A polisserosite é um desafio diagnóstico com múltiplas etiologias incluindo causas neoplásicas, infeciosas e autoimunes. Carateriza-se por inflamação simultânea de várias serosas (pleura, pericárdio, peritoneu ou articulações) com acumulação de líquido nessas cavidades.
Caso Clínico: Sexo feminino, 73 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, osteoporose e síndrome sicca em estudo. Admitida no Serviço de Urgência por dor torácica, dispneia para esforços progressivamente menores, ortopneia e dispneia paroxística noturna com 2 semanas de evolução. Apresentava-se polipneica, com turgescência venosa jugular a 45º, auscultação com sons cardíacos hipofonéticos e diminuição do murmúrio vesicular bibasalmente. Analiticamente com d-dímeros 5,83 ug/mL e PCR 29,90 mg/dL. Rx-tórax com aumento do índice cardiotorácico e apagamento dos ângulos costofrénicos. AngioTC torácico mostrou moderado derrame pleural bilateral e derrame pericárdico de grande volume concêntrico. Ecocardiograma demonstrou derrame pericárdico com sinais sugestivos de tamponamento. Realizada pericardiocentese com drenagem de 700 cc de líquido, com critérios de exsudado. Ficou internada e iniciou tratamento com colquicina. Estudo do líquido pericárdico negativo para células malignas e crescimento de microrganismos, incluindo tuberculose. Estudo autoimune com ANAs 1/160 e anti-SSA positivo, teste de Schirmer positivo e cintigrafia das glândulas salivares a revelar hipofunção glandular. Assim, segundo critérios ACR/EULAR 2016, realizado o diagnóstico de Síndrome de Sjögren (SS), assumindo-se o derrame pericárdico e pleural como complicação desta entidade, dada a negatividade do restante estudo. A doente melhorou progressivamente após instituição de colquicina e hidroxicloroquina, atualmente com resolução da polisserosite e sintomas sicca esporádicos.
Discussão: A SS é caracterizada pela hipofunção de glândulas salivares e lacrimais e, por vezes, associa-se a manifestações multiorgânicas. Este caso é um exemplo raro de polisserosite secundária a SS. A SS é uma condição autoimune com uma infinidade de manifestações extra-glandulares, sendo que o envolvimento cardiovascular sintomático é extremamente raro, com poucos casos descritos de derrame pericárdico sintomático.

CO n.º 0319

De lesões necróticas infracentimétricas digitais ao diagnóstico de Mieloma Múltiplo

João Diogo Faustino(1);Raquel Vieira(1);Paula Mesquita(1);Cláudia Rosado(1);Margarida Badior(2);Henrique Coelho(2);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
Crioglobulinemia é uma doença rara caraterizada pela presença de crioglobulinas no sangue que precipitam a temperaturas abaixo dos 37 ºC e podem condicionar síndrome de hiperviscosidade, púrpura palpável, úlceras cutâneas, entre outras apresentações. A crioglobulinemia geralmente divide-se em tipo 1 se tem uma discrasia de plasmócitos subjacente ou mista se tem subjacente uma infeção vírica (HBV; HVC; HIV) ou doença autoimune ou linfoproliferativa.
CASO CLÍNICO
Apresenta-se homem de 79 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia observado em consulta por artralgia das articulações interfalângicas sem atingimento preferencial bilateralmente associadas a lesões papulares milimétricas necróticas nas polpas digitais das mãos com dor autolimitadas. Analiticamente com proteinograma com pico monoclonal IgG lambda, com serologias víricas e autoimunidade negativas. Despistada síndrome anticorpo antifosfolipídico; estudo de trombofilias negativo. A pesquisa sérica de crioglobulinas foi positiva, tendo-se realizado aspirado medular e biópsia óssea que evidenciaram medula óssea com infiltração por neoplasia de plasmócitos, que correspondem a 30% da celularidade medular, compatível com mieloma de plasmócitos. Assumida Crioglobulinemia tipo 1 em contexto de Mieloma Múltiplo (MM) IgG lambda.
CONCLUSÃO
Expôs-se uma forma rara de apresentação de MM e, apesar de o doente não apresentar anemia, hipercalcemia, lesão renal aguda ou lesões ósseas líticas, dada a sintomatologia das lesões isquémicas digitais provocadas pela hiperviscosidade sanguínea ocorrida pela precipitação de imunoglobulinas, optou-se por iniciar tratamento do MM com boa resposta e resolução das lesões referidas.

CO n.º 0328

Leptospirosis presenting with myopericarditis

Sofia Leitão Sousa(1);Carolina Roias(1);Ana Marisa Rocha(1);Luís Amarante Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Leptospirosis is a rare zoonosis in developed countries. Most cases present with fever, headache and myalgias and have a benign course; severe cases are classically associated with liver and kidney dysfunction and alveolar haemorrhage, yet a myriad of organs may be affected. Although uncommon, many forms of cardiac involvement have been reported, including myopericarditis, atrial fibrillation, acute heart failure and cardiogenic shock. We present the case of a 58 years-old man who worked in road maintenance and presented to the hospital with dizziness, headaches, nausea and vomiting since the day before. On admission, he was hypotensive and tachycardic, so an electrocardiogram was performed, showing sinus rhythm, hearth rate of 90 beats per minute, elevation of ST segment and PR depression in V1 to V3 leads. Echocardiographic evaluation followed and excluded segmental motility changes and akinesia. His laboratory evaluation showed thrombocytopenia, elevated infection markers, cardiac and liver enzymes, and creatine. While in the Emergency Department, he developed a fever and went into septic shock. Given the work exposer and analytic findings, leptospirosis was suspected and later confirmed with molecular methods in urine and serum. Although rare, leptospirosis is an important differential diagnosis to keep in mind in various clinical scenarios, including non-specific complaints and electrocardiographic alterations, since it can be easily missed and, when untreated, cause significant mortality and morbidity.

CO n.º 0372

Inovação no tratamento da Fibrose Quística: um caso de transaminite associada ao Kaftrio

Sofia Moura de Azevedo(1);Célia Cruz(1);Daniela Barroso(1);Tânia Lopes(1);Rui Ribeiro(1);João Araújo Correia(1);Fabienne Gonçalves(1);Rui Flores(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças raras

A Fibrose Quística (FQ) é a doença genética autossómica recessiva mais frequente na população caucasiana. Pela sua natureza multissistémica, estes doentes requerem uma abordagem multimodal, conseguida em Centros de Referência. Nos últimos anos as estratégias de controlo de infeção, o exercício físico, as técnicas de clearence das vias aéreas e uso de mucolíticos, bem como a dieta adaptada, permitiu um aumento da sobrevida, com mais de 50% dos doentes a atingirem a idade adulta. A recente introdução de medicamentos reguladores do mCFTR, como o Kaftrio® (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor), veio contribuir para uma melhor qualidade de vida, aumento do FEV1 e índice de massa corporal (IMC), e uma redução do número de exacerbações e internamentos. Contudo, é essencial que o prescritor conheça e antecipe os seus efeitos secundários.

Apresentamos o caso de um homem de 41 anos com FQ (ΔF508/G542x) conhecida desde a infância, com insuficiência respiratória crónica grave sob VnI e OLD, colonizado cronicamente com Pseudomonas e MSSA, em lista de espera activa para transplante pulmonar. Adicionalmente, diabetes insulino-tratada relacionada com a FQ, sem antecedentes de doença hepática. Iniciou Kaftrio em 02.2021 em regime hospitalar, com boa tolerância, mas com elevação assintomática das transaminases cinco vezes superior ao normal, com bilirrubina e coagulação normais. Decidida interrupção do tratamento até normalização dos parâmetros hepáticos. Posterior reintrodução em dose baixa, em esquema de incremento quinzenal e atingida a dose plena em 04.2021, sem evidência de toxicidade hepática. Verificou-se diminuição da broncorreia e aos 6 meses uma melhoria do VEF1 e aumento da capacidade de exercício no teste de marcha de 6 minutos, a par de progressivo aumento do IMC e redução das necessidades de insulina. No teste do suor documentou-se uma redução superior a 50%.

Os fármacos moduladores têm benefício comprovado na FQ, mesmo em fases avançadas da doença. Embora se possam associar a elevação transitória das transaminases, existem casos descritos de necrose e fibrose hepática. Estratégias como a descontinuação e posterior reintrodução em dose mais baixa têm-se mostrado eficazes.

CO n.º 0417

Doença de Fabry: 2 casos clínicos com formas de apresentação tardia

Odete Duarte(1);Diogo Alves Leal(1);Sónia Moreira(2);Helder Esperto(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A doença de Fabry (DF), uma esfingolipidose, é uma doença metabólica hereditária rara causada pela deficiência de alfa-galactosidase A (αGAL-A), com consequente acumulação de globotriaosilceramida (Gb3) nos tecidos. Pode apresentar diversas manifestações clínicas, desde o fenótipo clássico em homens, com acroparastesias, angioqueratomas, córnea verticilata, febre recorrente e insuficiência renal e cardíaca, até à doença paucissintomática em mulheres heterozigotas. No contexto de história familiar sugestiva e fenótipo clássico, o diagnóstico pode ser confirmado em homens por uma baixa atividade de αGAL-A. A análise da mutação do gene GLA é necessária para fazer o diagnóstico em pacientes com apresentações atípicas, com níveis residuais de αGAL-A e para decisão terapêutica. O tratamento consiste na reposição enzimática com agalsidase ou terapêutica oral com chaperones.
Apresentam-se 2 casos clínicos. Caso A: Homem de 38 anos, com dispneia para grandes esforços, realizou ECG que revelou hipertrofia do ventrículo esquerdo; posteriormente fez ecocardiograma que mostrou miocardiopatia hipertrófica (MH). Realizou estudo genético que revelou variante patogénica (p.N215S). Atividade de αGAL-A diminuída e Gb3 aumentada. Sem envolvimento de outros órgãos. Foram identificados 2 familiares afetados. Iniciou terapêutica com Migalastat. Caso B: Homem de 78 anos, com história arrastada de síncopes, clínica de insuficiência cardíaca, MH em ecocardiograma, portador de pacemaker por BAV de 3º grau. Apresentava ainda queixas de acrosparestesias. Atividade de αGAL-A diminuída e Gb3 normal. Estudo genético revelou a variante c.868A>C. Sem envolvimento de outros órgãos. Iniciada terapêutica com Migalastat, com boa evolução após tratamento.
A prevalência de DF é provavelmente subestimada uma vez que as manifestações clínicas são inespecíficas. Assim, é fundamental um alto índice de suspeição para que o tratamento adequado seja instituído o mais precocemente possível e as complicações evitadas.

CO n.º 0425

Cetoacidose euglicémica – a importância da história clínica

Inês Pinheiro(1);Clara Pinto(1);Daniela Meireles(1);Ana Erica Ferreira(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A acidose metabólica é causada por aumento da produção de ácidos, perda de bicarbonato ou diminuição da excreção renal de ácidos. Na sua abordagem, é essencial conhecer o anion gap para esclarecer a etiologia. São causas de anion gap aumentado a acidose lática, cetoacidose, fármacos e agravamento da função renal, sendo crucial uma história clínica detalhada.
Caso Clínico: Homem, 89 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, referindo estar medicado com metformina+vildagliptina 1000/50mg e gliclazida 30mg. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse e dispneia com 1 semana de evolução, com anorexia associada. Sem vómitos ou diarreia. À admissão, SARS-CoV-2 detetado. No estudo analítico, evidência de acidose metabólica com acidemia e anion gap aumentado, elevação de parâmetros inflamatórios, cetonémia (com glicémia normal) e sumária de urina com cetonúria e glicosúria. Sem alterações da função renal. Questionada etiologia da acidose metabólica, pelo que foi revisto o processo do doente e identificado início de terapêutica com canagliflozina 100mg no mês anterior. Assim, assumida cetoacidose euglicémica, tendo como fatores precipitantes a infeção Covid-19, com contributo cetogénico do inibidor da SGLT2 (iSGLT2). Iniciada perfusão de insulina e fluidoterapia, com melhoria gradual.
Discussão: A cetoacidose euglicémica, descrita como rara, é provavelmente subdiagnosticada, por ser um desafio diagnóstico, muito em parte pela glicémia normal. Períodos de anorexia, gastroparésia e jejum podem potenciar este distúrbio, por aumentarem a cetose. Os iSGLT2 estão também descritos como causa, devido ao aumento da excreção de glucose, o que conduz à libertação de glucagon, reabsorção de corpos cetónicos e depleção de volume. O estado euglicémico é mantido pela perda de glucose urinária. Infeções, anorexia ou desidratação são exemplos de situações que podem potenciar uma cetoacidose euglicémica nos doentes sob terapêutica com iSGLT2.
Destaca-se a importância da revisão terapêutica em todos os doentes, pois poderá ser a chave do diagnóstico.

CO n.º 0429

Caso raro de pericardite associada a MSSA

Cátia Barra(1);Ana Magalhães(1);Francisca Ferreira(1);Miguel Sequeira(2);Telma Alves(2);João Gonçalves(2);Ana Borges(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A pericardite é uma doença inflamatória que afeta o pericárdio, podendo ter diferentes etiologias como infeção, neoplasia, doenças autoimunes, distúrbios metabólicos ou trauma, entre outros. A pericardite de origem infeciosa é, geralmente, de etiologia viral, sendo a bacteriana uma causa rara e muitas vezes associada a contaminação intratorácica direta ou disseminação hematogénica. A pericardite pode estar associada a derrame pericárdico, podendo culminar em tamponamento cardíaco.
Caso Clínico: Doente de 71 anos, do sexo masculino, com antecedentes de HTA secundária a estenose da artéria renal, insuficiência cardíaca de ejeção preservada e SAOS sob CPAP noturno, recorreu ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços com 10 dias de evolução e agravamento progressivo. Apresentava insuficiência respiratória e polisserosite, tendo sido internado na enfermaria de Medicina Interna por suspeita de pericardite. Durante o internamento, desenvolveu febre e tamponamento observado em ecocardiograma, colheu hemoculturas e foi submetido a pericardiocentese, com isolamento de Staphylococcus aureus multissensível (MSSA). Foi iniciada vancomicina com melhoria clínica e evolução favorável do doente.
Conclusão: Trata-se de um caso raro de pericardite associado a MSSA, existindo muito poucos casos descritos.[LS1] A MSSA está geralmente associada a bacteriémia, apresentando taxa de mortalidade considerável na ausência de tratamento adequado. Assim, este caso demonstra a importância de excluir uma pericardite purulenta/bacteriana perante um caso de pericardite associada a bacteriémia.

CO n.º 0471

Uma picada fatal - Malária cerebral no Serviço de Urgência

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves(1);Mariana Morais(1);Vasco Almeida(1);Rita Jesus(1);Inês Duarte(1);Diogo Ramos(1);Ivânia Furtado(1);Ana Raquel Soares(1);Ana Bravo(1);Rita Prayce(1);Ana Catarina Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A malária é uma doença transmitida pela picada da fêmea do mosquito Anopheles e causada por protozoários parasitários do género Plasmodium.
A malária cerebral é uma encefalopatia grave que se apresenta com compromisso da consciência e/ou convulsão.

Caso clínico
Homem de 45 anos, autónomo, saudável, regressado há 3 semanas dos Camarões, onde permaneceu durante 15 dias. Não realizou consulta do viajante, profilaxia da malária ou vacinação dirigida à viagem para país endémico.
Admitido no Serviço de Urgência (SU) por crise convulsiva sem recuperação, presenciada pela esposa. Apurada história com 1 semana de evolução de febre objetivada no domicílio, sem procura de cuidados de saúde.
Trazido pela VMER com máscara laríngea por impossibilidade de intubação orotraqueal por laringospasmo. Apresentava Glasgow Coma Scale de 3. Pupilas pouco reativas, taquicardico, febril e hipertenso. Tomografia computadorizada do crânio com redução difusa da permeabilidade dos sulcos corticais cerebrais e cerebelosos, admitindo-se ligeira desdiferenciação entre substância branca e substância cinzenta encefálica e ligeiro edema cerebral. Analiticamente com trombocitopenia (32 x10^3), pesquisa para plasmodium falciparum positiva com elevada arasitémia (19,00), Bilirrubina total 5,38 com aumento concomitante da AST, ALT e LDH, serologias infecciosas negativas. Gasimetria com acidémia metabolica e lática com 7,4 lactatos.
Transferido para unidade de cuidados intensivos onde iniciou artesunato mas com rápido agravamento clínico, anisócoria com evolução para midriase fixa e hipotensão com necessidade de inicio de noradrenalina. Fez Angio-TC que confirmou ausência de circulação cerebral, verificando-se o óbito cerca de 5 horas após a admissão no SU.

Discussão
A gravidade da malária depende de uma combinação de fatores, incluindo a parasitémia, a resposta imune do hospedeiro e tempo entre o início dos sintomas e o início da terapêutica dirigida. Deve suspeitar-se de malária na presença de febre e exposição epidemiológica relevante nas últimas 4 semanas, sobretudo na ausência de profilaxia, a qual é fundamental numa viagem para país endémico.

CO n.º 0476

Infeção por Clostridium septicum - um caso de gangrena gasosa traumática

Carolina Saca(1);Mafalda Teixeira(1);Magda Bento(1);Catarina Favas(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O Clostridium septicum é uma bactéria gram positiva anaeróbia obrigatória que faz parte da flora comensal intestinal do homem, e pode ser causadora de gangrena gasosa traumática ou espontânea.
Caso Clínico: Homem de 82 anos, com linfoma não Hodgkin difuso de grandes células estadio IV sob quimioterapia. Admitido no serviço de urgência por ter sido encontrado caído no domicílio sobre o membro superior esquerdo. Ao exame objetivo apresentava-se febril, hipotenso, confuso e com esfacelo da mão esquerda. Analiticamente destacava-se anemia, leucopenia de 0.3x109/L, neutropenia de 0.1x109/L, PCR 45.42mg/dL, CKI 1133U/L. Foi admitida neutropenia febril (MASCC score 10) e o doente foi medicado com piperacilina/tazobactam e amicacina após colheita de culturas. Na enfermaria de Medicina Interna evoluiu com necrose da extremidade distal do 5ºdedo da mão esquerda e sofrimento cutâneo palmar e dorsal com extensão ao antebraço. Foi submetido a desbridamento cirúrgico com amputação do 5ºdedo da mão esquerda. Por isolamento de Clostridium septicum nas hemoculturas foi ajustada antibioterapia (AB) para benzilpenicilina benzatínica e clindamicina que cumpriu por 28 dias. O doente foi posteriormente transferido para o serviço de Cirurgia Plástica para continuação de tratamento, mantendo até à data necessidade de desbridamentos consecutivos.
Discussão: As lesões de esmagamento com compromisso vascular criam um meio anaeróbio ideal à proliferação bacteriana do Clostridium septicum. Apesar da elevada mortalidade associada à gangrena gasosa, o seu diagnóstico precoce e início imediato de AB são fundamentais para um melhor prognóstico. Neste caso, a imunodepressão conferida pela neoplasia hematológica e seu tratamento, aliadas ao traumatismo do membro, foram os fatores predisponentes para o desenvolvimento da infeção. Como tal, optou-se por não investigar outros fatores de risco, nomeadamente a perda da integridade da mucosa do trato gastrointestinal conferida por neoplasia.

CO n.º 0477

Edema pulmonar unilateral, um desafio diagnóstico

Carolina Saca(1);Mafalda Teixeira(1);Catarina Favas(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O edema pulmonar cardiogénico unilateral (EPCU) é uma manifestação radiológica da insuficiência mitral aguda grave.
Caso clínico: Homem de 66 anos, sem diagnósticos prévios relevantes, recorreu ao SU por quadro clínico com 3 dias de evolução caracterizado por dispneia para esforços progressivamente menores e tosse seca. Ao exame objetivo destacava-se marcada ortopneia e dispneia para pequenos esforços, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular bilateralmente diminuído, auscultação cardíaca com sopro holossitólico panfocal, sem ingurgitamento venoso jugular ou edema periférico. Analiticamente destacava-se NT-pro-BNP dentro dos limites de referência (372pg/mL) e ausência de elevação de parâmetros inflamatórios (leucócitos 10.8x109 /L, PCR 1.49mg/dL). Antigenúrias S. pneumoniae e Legionella e pesquisa por PCR de Influenza A/B, VSR e SARS-CoV2 negativas. Realizou TC tórax que evidenciou derrame pleural bilateral e área de opacificação em vidro despolido do lobo superior direito com espessamento do interstício interlobular de natureza indeterminada. Foi admitida pneumonia de etiologia viral tendo sido iniciada terapêutica sintomática. Realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou válvula mitral com espessamento do aparelho subvalvular e folhetos, observando-se prolapso do folheto posterior condicionando insuficiência avaliada como grave. Foi feito o diagnóstico de EPCU secundário a insuficiência mitral aguda grave, tendo o doente apresentado melhoria da congestão pulmonar após terapêutica diurética. Teve alta a aguardar intervenção cirúrgica de reparação da válvula mitral.
Discussão: O diagnóstico de EPCU é frequentemente confundido com pneumonia. O mecanismo fisiopatológico subjacente resulta de um fluxo de sangue regurgitante proveniente da aurícula esquerda em direção à veia pulmonar direita superior, resultando num aumento da congestão venosa pulmonar e consequente edema na topografia pulmonar correspondente.

CO n.º 0490

Febre Reumática aguda: uma entidade a relembrar

Catarina Borges Fernandes(1);Helena Andresen Guimarães(1);Pauto Torres Ramalho(1)
(1) Hospital CUF Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A febre reumática a aguda (FRA) caracteriza-se por uma resposta inflamatória autoimune retardada após uma faringite aguda por Streptococcus do grupo A (GAS). A incidência é baixa em países desenvolvidos. Cerca de 3% das infeções por GAS não tratadas irão apresentar FRA. Os sintomas incluem febre, poliartrite migratória, eritema marginatum, coreia de Sydenham, cardiopatia reumática e nódulos subcutâneos. O diagnóstico é baseado nos critérios de Jones modificados. O tratamento de primeira linha é a antibioterapia dirigida e terapêutica ant-iinflamatória.
Caso Clínico: Mulher, 18 anos, história de meningite sem sequelas na infância e amigdalites de repetição, já submetida a amigdalectomia, com 6 cursos de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico nos 6 meses prévios, com necessidade recente de internamento por amigdalite grave associada a epiglotite obstrutiva. Recorre ao serviço de urgência por febre, poliartralgias incapacitantes e erupções cutâneas indolores e não prurirginosas. A destacar ao exame objetivo: lesões sugestivas de eritema marginatum e artrite de grandes articulações, sem sopros cardíacos audíveis à auscultação. Analiticamente apresentava elevação da velocidade de sedimentação (75mm/s) e da proteína C reativa (4.8mg/dL). A pesquisa direta de GSA faríngeo foi negativa, mas o título de antiestreptolisina O foi positivo (211.70 UI/ml). Assumiu-se o diagnóstico de febre reumática aguda, com 2 critérios de Jones major (poliartrite e eritema marginatum) e 3 minor (febre, poliartralgia e VS>60mmHg com PCR>3mg/dL). Ecocardiograma e eletrocardiograma normais. Foi internada e iniciou antbioterapia endovenosa, anti-inflamatório não esteroide e corticoterapia. Apresentou evolução favorável, com melhoria clínica e resolução dos sinais inflamatórios articulares e evanescência das lesões cutâneas. Teve alta com antibioterapia profilática com benzilpenicilina benzatínica intramuscular mensal, tendo mais tarde sido submetida a amigdalectomia lingual.
Discussão: Com este caso clínico pretende-se realçar a importância crucial do adequado tratamento antibiótico da faringite por GAS. Depois do primeiro episódio, o indivíduo irá apresentar suscetibilidade aumentada para episódios recorrentes, podendo requerer instituição de antibioterapia profilática.

CO n.º 0501

Bacteriémia persistente a Staphylococcus aureus: a importância da tolerância antibiótica.

Filipa Gerardo(1);Aurora Monteiro(1);Inês Telo(1);André Cartaxo(1);Marisa Neves(1);Renata Ribeiro(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de infeção por Staphylococcus aureus (SA) resistente à meticilina (MRSA). O SA é um microorganismo versátil, com capacidade de colonizar, infetar e criar biofilmes no hospedeiro. Modelos de biofilme in vitro demonstram que o SA tem a capacidade de entrar num estado de crescimento lento e de tolerância antibiótica, na ausência de um mecanismo de resistência específico.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um doente de 83 anos, portador de pacemaker definitivo, inicialmente internado por insuficiência cardíaca congestiva, cujo internamento se complicou de pneumonia nosocomial associada a bacteriémia a MRSA com concentração inibitória mínima (CIM) inicial de vancomicina < 1mg/L. Após 14 dias de vancomicina com resolução do quadro respiratório houve manutenção de bacteriémia com CIM de vancomicina > 1mg/L. Foi ajustada antibioterapia para daptomicina e iniciada extensa investigação de focalização com lavado broncoalveolar, TC tóraco-abdomino-pélvica, TC da coluna vertebral, ecocardiograma transesofágico e tomografia por emissão de positrões cardíaca e de corpo inteiro, que não documentaram foco. Cumpriu 10 semanas de antibioterapia dirigida com daptomicina, mantendo-se assintomático, mas com isolamento microbiológico persistente com o mesmo perfil de resistências. Face à persistência do isolamento e ausência de evidência de doença focalizada, foi repensado o mecanismo de perpetuação da bacteriémia e colocada a hipótese da existência de um biofilme do electrocatéter em associação a um mecanismo de tolerância antibiótica. Foi associada rinfampicina e flucloxacilina à daptomicina com negativação das hemoculturas 24 horas após a sua introdução. Cumpriu um total de 2 semanas de flucloxacilina e 6 semanas de rinfampicina em associação à daptomicina.
Discussão: O caso apresentado ilustra a importância de mecanismos alternativos de falência terapêutica além da resistência aos antimicrobianos, como é exemplo a tolerância antibiótica.

CO n.º 0502

Febre sem Foco e Edema das Mãos e Pés - Um Caso de Síndrome de RS3PE

Dra. Mafalda Vasconcelos(1);Inês Mendes(1);Patrícia Moreira(1);Catarina Relvas(1);João Espírito Santo(1);Célia Machado(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
A síndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) é uma entidade rara, caraterizada por sinovite simétrica e edema de ambas as extremidades.
Caso clínico:
Homem, 64 anos, com hipertensão arterial e hiperplasia benigna da próstata. Três dias após realização da vacina contra COVID-19, apresentou edema das mãos e pés e mialgias nas coxas. Manutenção do quadro durante um mês, com perda ponderal de 5 Kg e pico febril isolado, pelo que recorreu ao Serviço de Urgência. À admissão, apresentava-se febril, com edema simétrico das mãos e dorso dos pés com sinal de Godet, sem dor ou outros sinais inflamatórios. Velocidade de sedimentação 68 mm/h, proteína C reativa 9 mg/dL, procalcitonina 0.10 ng/mL, sem proteinúria. Radiografia das mãos sem erosões. Foi internado para esclarecimento, mantendo febre diária, sem queixas focalizadoras. Hemoculturas, vírus da imunodeficiênca humana, hepatites B e C e serologias de zoonoses negativas. Antigénio específico da próstata (PSA) normal. Tomografia computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica revelou derrame pleural com espessamento pleural e derrame pericárdico mínimo. Líquido pleural: exsudado, 39% linfócitos, adenosina deaminase normal, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e células neoplásicas negativa. Espessamento pleural ligeiro e difuso, não passível de biópsia. Ecocardiograma transtorácico sem vegetações. Foi colocada a hipótese diagnóstica de síndrome RS3PE, pelo que se impôs exclusão de contexto paraneoplásico. Realizou endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografia tiroideia e mamária e TC de crânio, sem lesões suspeitas. Do estudo imunológico, anticorpos antinucleares positivos (1:640), anti-dsDNA negativo, sem consumo de complemento, fator reumatoide negativo, anti-cardiolipina IgM positivo fraco. Admitindo o diagnóstico de síndrome RS3PE, iniciou prednisolona 20 mg/dia, com resolução quase imediata da febre. No seguimento em consulta, verificou-se resolução do edema e do derrame pleural, com manutenção da remissão após suspensão da corticoterapia.
Discussão:
Esta síndrome é frequentemente paraneoplásica, impondo seguimento a longo prazo para exclusão de neoplasia. Não se pode excluir também uma relação causal com a vacina contra COVID-19, havendo casos descritos da associação.

CO n.º 0540

VexUS Score na prática clínica- A mudança do paradigma da abordagem do doente congestivo

Ricardo Silva Veiga(1);Carolina Midões(2);Ana Cochicho Ramalho(3);João Costa(4);José Mariz(5)
(1) HOSPITAL VISEU (2) Hospital de São José (3) Hospital dos Lusíadas Lisboa (4) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (5) Hospital Braga

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO
A avaliação e gestão de doentes congestivos é, desde sempre, um desafio. A história clínica e o exame objetivo são frequentemente insuficientes numa fase inicial da congestão, e na abordagem destes doentes. A dúvida persiste sobre quando iniciar e/ou suspender terapêutica diurética e/ou substitutiva da função renal. A ecografia point-of-care (POCUS) como 5º pilar do exame físico, permite uma abordagem rápida destes doentes em contexto agudo, possibilitando guiar as estratégias de gestão volémica.
Caso Clínico
Mulher, de 76 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e doença renal crónica estádio G3, medicada habitualmente com 80mg de furosemida, encaminhada ao serviço de urgência (SU) após avaliação de rotina no médico assistente, com constatação de hipoxemia – Saturação periférica de O2 de 86% em ar ambiente. A doente não apresentava sintomas: dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna ou edema periférico. Foi realizado POCUS: veia cava superior (VCI) com diâmetro de 2.4cm, sugerindo congestão. Prosseguiu-se para a execução do protocolo VExUS. Realizado ecodoppler da veia hepática com padrão de inversão da onda S face à onda D, doppler da veia porta com >50% de variabilidade e doppler das veias renais com fluxo bifásico – achados compatíveis com Vexus grau 3: congestão grave. Admitiu-se insuficiência cardíaca descompensada, iniciou terapêutica diurética com boa resposta volémica e desmame progressivo de oxigenoterapia.
CONCLUSÃO
No que toca à avaliação da congestão, a literatura disponível questiona a fiabilidade da avaliação exclusiva da VCI, face ao número crescente de situações clínicas que conduzem a falsos positivos (ex: hipertensão pulmonar grave). O protocolo VExUS permite avaliar a congestão venosa noutros órgãos, permitindo a decisão terapêutica antes de surgirem sinais e sintomas evidentes de sobrecarga hídrica; a facilidade de aplicação à cabeceira do doente e a possibilidade da monitorização terapêutica, demonstram o dinamismo do POCUS na prática clínica.

CO n.º 0547

Um caso de mieloma múltiplo com envolvimento extramedular múltiplo

Inês S.F. da Silva(1);Ryan Costa Silva(1);Catarina Gregório(1);Tânia Vassalo(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: Mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia de plasmócitos pouco comum (1-2% de todos os cancros, incidência 4,5-6 por 100000 pessoas/ano) que se diagnostica se ≥10% plasmócitos clonais na medula óssea ou plasmocitoma medular/extramedular (EM) identificado por biópsia+1 evento definidor de MM. A doença EM é rara (0,5-5% de diagnósticos de MM), mais agressiva e tem pior prognóstico.
Caso clínico: Mulher, 60 anos, fumadora. Admitida por dor lombo-sagrada com irradiação ao membro inferior esquerdo (MIE), parestesias e diminuição da força do MIE, perda ponderal >10% do peso corporal. TC lombar mostrou massa tecidular pré-sagrada e lesões líticas do sacro. RM lombo-sagrada com lesões em todas as vértebras, sacro e ilíacos. Sem anemia, hipercalcémia ou lesão renal, β2microglobulina normal, eletroforese de proteínas com banda em beta/gama com pico de 1,2g/dL. Imunofixação (IF) sérica componente monoclonal IgG kappa, IF urinária Bence Jones kappa. TC corpo com nódulo mamário. Biópsia da mama: carcinoma lobular invasivo triplo negativo. Mielograma com 4% de plasmócitos, biópsia osteomedular: neoplasia de células plasmocitárias, biópsia da massa pré-sagrada: plasmocitoma. Agravamento com explosão metastática multiorgânica (pulmão, órbita, pleura, linfático, pâncreas, estômago, pele). Existindo 2 tumores e necessidade de definição terapêutica/prognóstico, realizada biópsia cutânea, gástrica e avaliado líquido pleural – compatíveis com mieloma múltiplo. Revista a biópsia da mama: plasmocitoma. Foi iniciada dexametasona e bortezomib e depois VRD-PACE. Teve várias complicações infecciosas com admissão em unidade de cuidados intensivos, acabando por falecer.
Discussão: O caso salienta a raridade de MM IgG kappa pelo envolvimento orgânico EM múltiplo e rápida progressão, sendo também interessante por salientar a importância da anatomia patológica no diagnóstico correto e consequente prognóstico dos tumores.

CO n.º 0559

Síndrome de Evans desencadeado por vacina mRNA SARS-CoV-2

Inês S.F. da Silva(1);Ryan Costa Silva(1);Catarina Gregório(1);Tânia Vassalo(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Síndrome de Evans (SE) consiste em ≥ 2 citopénias autoimunes, geralmente anemia hemolítica auto-imune (AHAI) e trombocitopenia autoimune (TAI). Confere maior mortalidade que AHAI isolada e é raro: incidência 1,8 por 1 milhão de pessoas/ano. Há poucos casos de SE por COVID-19 e apenas 1 caso de SE associado a vacina mRNA SARS-CoV-2 numa doente com Lupus eritematoso sistémico.
Caso clínico: Homem, 18 anos, antecedentes de púrpura de Henoch-Schönlein, episódio de olho vermelho bilateral e enteropatia sem diagnóstico. Sem medicação habitual. Admitido 9 dias após vacina mRNA SARS-CoV-2 por dor abdominal, icterícia, urina escura e cansaço. Análises com hemoglobina (Hb) 6,6g/dL, bilirrubina total 11,7mg/dL (indireta 9,7), LDH 2171U/L, haptoglobina 8mg/dL, reticulócitos 9,7%, sem esquizócitos, teste de antiglobulina direto IgG positivo, IgG+C3d positivo. Por Hb 3,2g/dL, mantida após início de metilprednisolona (mpdn) 1g e folato, cumpriu 5 dias de mpdn, passando a prednisolona 2mg/kg/dia, imunoglobulina 1g/kg/dia 2 dias, transfusões de concentrado eritrocitário, rituximab 375 mg/m2 semanal (4 semanas) e ciclofosfamida 750 mg/m2 toma única. AngioTC com tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, sem esplenomegália, foi anticoagulado. Trombocitopenia (70x10^9/L) de novo, pesquisa de antiplaquetários com autoanticorpos positivos para todas as glicoproteínas, anticorpos anti-heparina-PF4 negativos. Excluídas infeções virais, doenças autoimunes/linfoproliferativas, imunodeficiências, fármacos e trombofilias. Verificou-se resolução de anemia e trombocitopénia, a permitir suspensão de corticoterapia após desmame.
Discussão: Após excluir outras causas e pela relação temporal diagnosticou-se SE (AHAI anticorpos quentes+TAI) após vacina mRNA SARS-CoV-2, sendo o primeiro caso descrito sem associação a doença autoimune. O TEP é uma complicação de AHAI. O caso retrata uma idiossincrasia rara, não deve desencorajar a vacinação na população.

CO n.º 0598

Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema – uma etiologia rara de poliartrite

Sérgio Manuel Ferreira Cristina(1);Victor Espadinha(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) é uma entidade rara caracterizada por sinovite das pequenas articulações das mãos e punhos, associada a edema das extremidades. Apesar de ser considerada por alguns autores como um subtipo de artrite reumatóide, apresenta evolução clínica distinta, perfil serológico diferente e terapêutica específica (corticoterapia em baixa dose), pelo que a sua identificação é fundamental para um correto tratamento.
Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 79 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, depressão e nódulos pulmonares benignos (previamente biopsados), referenciada a consulta de Diabetologia. Na consulta constata-se quadro de 6 meses de cansaço, edema das mãos e pés e artralgias (metacarpofalângicas, interfalângicas proximais e punhos, bilateralmente). O exame objectivo mostrou caquexia (IMC 17.7) e confirmou o quadro álgico e de edema, sem rubor ou calor articular. Por suspeita de doença reumatológica, foi pedida avaliação analítica que mostrou anemia multifactorial (inflamatória e défice de ferro e folatos), velocidade de sedimentação de 86 mm/h e proteína C reativa de 14 mg/dL. Não apresentava positividade para anticorpos antinucleares, fator reumatóide, anti-péptido citrulinado cíclico, anticentrómero, anti-Scl 70 ou serologias para hepatites. Os radiogramas articulares revelaram diminuição da densidade óssea, sinais de osteoartrose e flexão persistente das interfalângicas proximais do 5º dedo. O estudo torácico revelou novo nódulo pulmonar mas a tomografia de emissão de positrões não mostrou captação. Admitiu-se o diagnóstico de RS3PE e foi iniciada prednisolona 10 mg/dia, com franca melhoria clínica, resolução do quadro álgico e do edema e ganho ponderal.
Discussão: Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial da poliartrite, nomeadamente na consideração de entidades menos frequentes, mas com tratamento específico eficaz como a RS3PE.

CO n.º 0601

Micobacteriose atípica disseminada: um relato de caso

Ana Maria Baltazar(1);Catarina Cabral(2);Ana Furão Rodrigues(1);Isabel Paulos Mesquita(1);Pedro Martins Almeida(1);Francisco Neri(3);Kelly g Lopes(4);Catarina Sousa Gonçalves(1);Tiago jf Branco(1);Lilia Savka(1);Raquel Boto(1);Carolina Monteiro(1);Nuno Reis Carreira(1);Alexandre Almendra(1);Elsa Fragoso(1);Carlos Lopes(1);Pilar Azevedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Hospital Beatriz Ângelo (4) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O isolamento de micobactérias atípicas foi admitido durante anos como contaminação ou colonização. A progressão para infeção ativa é dependente de vários fatores, nomeadamente da condição imunológica do indivíduo infetado.
Este é o caso de uma mulher, 47 anos, natural da China a residir em Portugal. De antecedentes pessoais a referir micobacteriose pulmonar não tuberculosa tratada com 12 meses de antimicobacterianos; patologia auto-imune não especificada; herpes zoster facial. Medicada com hidroxicloroquina 400mg/dia e deflazacorte 6mg/dia. Recorreu ao SU por adenopatias cervicais e submandibulares, artralgias e mialgias com meses de evolução. Emagrecida. À chegada febril com elevação de parâmetros inflamatórios. Em TC identificado conglomerado adenopático submandibular direito, adenopatias submentonianas com necrose central e formação nodular quística cervical direita, sem alterações sugestivas de doença linfoproliferativa. Serologia para VIH negativa. Como intercorrência infeção nosocomial por SARS-COV2. Cumpriu corticoterapia sistémica, antibioterapia empírica e ciclo de ganciclovir por reactivação de CMV, mantendo degradação clínica com agravamento da insuficiência respiratória e necessidade de ventilação invasiva. Broncofibroscopia diagnóstica sem isolamentos. Realizada biópsia excisional de adenopatia submandibular com identificação de Mycobacterium intracellulare e posterior isolamento nas hemoculturas do mesmo agente. Iniciou terapêutica com antimicobacterianos. Nunca se comprovou a existência de doença reumatológica. Sem evidência de imunodeficiências. Desmame ventilatório dificultado por miopatia de doença crítica e quadro de delirium hipercinético, tendo sido submetida a traqueostomia cirúrgica com posterior desmame ventilatório e alta hospitalar após período prolongado de reabilitação.
As micobactérias atípicas são frequentemente colonizadores, com fraco poder patogénico, contudo as infeções por estes agentes têm aumentado em doentes imunocompetentes. Os principais fatores de risco são a doença pulmonar estrutural prévia. São microorganismos de crescimento muito lento o que implica que a sua identificação possa demorar meses. Os casos de linfadenite cervical nos adultos são raros, assim como é também rara a ocorrência de doença disseminada.

CO n.º 0607

Polidipsia primária como causa rara de hiponatremia no serviço de urgência

Sérgio Manuel Ferreira Cristina(1);Beatriz Fernandes(1);Victor Espadinha(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Outro

Introdução: A hiponatremia é uma alteração eletrolítica frequentemente observada no serviço de urgência. O diagnóstico etiológico é vasto, mas na maioria dos casos existe compromisso na excreção renal de água. A polidipsia primária (ou psicogénica) é uma causa rara de hiponatremia sem compromisso da excreção de água e caracteriza-se por um consumo aumentado de água na ausência de estímulo osmótico. Está frequentemente associada a patologia psiquiátrica e o seu tratamento consiste na correção da doença subjacente, pelo que a sua identificação é fundamental para um correto acompanhamento dos doentes.
Caso Clínico: Apresentamos o caso clínico de uma doente de 50 anos, com antecedentes de depressão, ansiedade, anorexia e dependência de benzodiazepinas, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia e edema das mãos. No estudo complementar realizado, observou-se hiponatremia com Na+ de 123 mmol/L. Quando inquirida, referiu beber habitualmente cerca de 4 a 5 L de água por dia. Acrescentou ainda que no passado terá feito estudo de diabetes insipidus e diabetes mellitus que foi negativo. Foi internada e iniciou restrição hídrica e reposição de sódio, com melhoria paulatina para 140 mmol/L e resolução das queixas. O estudo realizado não revelou a existência de etiologia orgânica.
A doente foi referenciada a consulta de Medicina Interna, onde se constatou manutenção do quadro de consumo excessivo de água. Foi posteriormente referenciada a consulta de Psiquiatria, tendo-se identificado que o consumo de água ocorria como comportamento compensatório em contexto de anorexia nervosa do tipo restritivo, e a doente foi referenciada a consulta especializada em doenças do comportamento alimentar.
Discussão:Este caso ilustra a importância de um diagnóstico preciso da causa da hiponatremia de forma a evitar tratamento inapropriado, iatrogenia (como síndrome de desmielinização osmótica) e recorrência do quadro. O diagnóstico de polidipsia primária é fundamental para garantir o correto acompanhamento dos doentes em consulta de Psiquiatria especializada.

CO n.º 0611

Síndrome Febril: Um desafio diagnóstico

Raquel Maria Neves Flores(1);Constança Arimateia Antunes(1);Maria Leonor Guia Lopes(1);Mafalda Lobato(1);Filipa de Miranda Santos(1);Graça Lérias(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A síndrome febril constitui um desafio diagnóstico. Apresentamos um caso com uma etiologia pouco comum de febre, diagnosticada ao 35º dia de doença.
Mulher de 47 anos, sem antecedentes relevantes, recorreu ao serviço de urgência por quadro com um mês de evolução caracterizado por febre persistente de predomínio vespertino, com cedência parcial a antipiréticos, associada a artralgias, mialgias, cefaleia, dor facial e otalgia à direita, acompanhada de anorexia e astenia e inicialmente de tosse com expetoração, rinorreia e odinofagia, tendo sido medicada empiricamente com três ciclos de antibioterapia, sem efeito.
No decorrer do internamento manteve picos febris de predomínio vespertino com cedência parcial a anti-inflamatórios. Ao exame objetivo, salientava-se uma tiróide de dimensão aumentada, de consistência elástica, móvel à deglutição e dolorosa à palpação, sem trauma cervical prévio; uma função tiroideia TSH 0.097 uUI/ml, T3 livre 6.35 pmol/L, T4 livre 18.3 pmol/ e ecografia tiroideia que revelou “nódulos confluentes, hipoecogénicos no lobo direito e um nódulo heterogéneo, com áreas hipoecogénicas no lobo esquerdo”.
Analiticamente a destacar uma ligeira leucocitose (10.100/mm3), PCR de 6.2mg/dl, VS 71 mm/h, auto-imunidade e serologias virais, bacterianas e parasitarias negativas.
Assumido o diagnóstico de tiroidite de quervain e perante a refratariedade à terapêutica com anti-inflamatórios, iniciou corticoterapia com melhoria clínica e laboratorial, tendo tido alta ao 16º dia de internamento referenciada a consulta externa.
A tiroidite de quervain é uma doença inflamatória da tiróide cuja patogénese e curso clínico (limitado e benigno), não é claro. O caso apresentado evidencia a importância de um exame objetivo cuidado e rigoroso, bem como a relevância da história clínica para um correto diagnóstico que é essencialmente clínico, apoiado pela avaliação da função tiroideia, estudo imagiológico, reservando-se a biópsia para duvidas diagnósticas.

CO n.º 0632

Caso raro de síndrome de May-Thurner/Cockett em doente com história familiar de eventos trombóticos

Inês Ladeira Figueiredo(1);Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Luísa Fontes(1)
(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:O síndrome May-Thurner/Cockett é uma alteração anatómica com obstrução ao fluxo venoso por compressão do território iliocava. Se for parcial pode ser assintomático, caso seja completa é um raro mas importante diagnóstico a considerar em caso de dor e edema dos membros inferiores. Foi identificado no século XIX porque a trombose venosa do membro inferior esquerdo era 5 vezes mais frequente do que no direito. A prevalência não é conhecida mas estima-se entre 2% e 5%, com idade média de 50 anos. O diagnóstico definitivo é feito por ecodoppler venoso complementado com veno-TC/RM.
Caso clínico:Mulher, 80 anos, com história de hipertensão arterial e diabetes tipo 2. Tem história familiar de tromboembolismo venoso nos descendentes (filha e netos) por mutação do gene da protrombina. Recorreu à urgência por edema exuberante do membro inferior esquerdo até à raíz da coxa com 24h de evolução. Analiticamente com DDímeros de 14000ng/mL. Realizou ecodoppler venoso com trombose completa da veia femoral esquerda com extensão proximal à veia ilíaca e oclusão do eixo safeno e iniciou hipocoagulação. Na angioTC toraco-abdomino-pélvica não apresentava tromboembolismo pulmonar nem adenopatias ou lesões neoplásicas. No ecocardiograma transtorácico tinha boa função sistólica global sem alterações. No estudo molecular sem mutação G20210A do gene da protrombina. Por manter edema exuberante fez venoTC que identificou morfologia vascular favorável à compressão da origem da veia ilíaca comum esquerda contra a 5ª vértebra lombar pela artéria ilíaca primitiva (síndrome de May-Thurner/Cockett). Teve alta com indicação para hipocoagulação e seguimento na Cirurgia Vascular para posterior tratamento endovascular.
Conclusão:Em doentes com manifestações graves deste síndrome está recomendado tratamento endovascular porque reduz a gravidade dos sintomas e complicações pós-trombóticas. Deve iniciar hipocoagulação para reduzir o trombo, idealmente com trombólise farmacológica ou por catéter. Caso não seja possível, como no caso apresentado pelo tempo de evolução, deve ser mantido controlo evolutivo por ecodoppler venoso para programar o timing da angioplastia e colocação de stent. A pertinência do caso deve-se à baixa prevalência deste diagnóstico, numa doente de idade avançada e com inúmeros fatores de risco trombótico.

CO n.º 0659

Síndrome de Lemierre - uma séptica odinofagia

INES SOUSA MIRANDA MENDES SILVA(1);Marta Colaço Monteiro(1);Raquel Domingos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
O síndrome de Lemierre caracteriza-se por doença faríngea recente, complicada de embolização séptica e trombose da veia jugular interna e/ou bacteriemia a Fusobacterium necrophorum. Conhecida pela “doença esquecida”, um elevado índice de suspeição é necessário para um diagnóstico atempado e tratamento adequado.
Caso clínico:
Homem de 28 anos, raça negra. Admitido por febre alta, odinofagia direita intensa, prostração e toracalgia esquerda pleurítica com 4 dias de evolução. À admissão: orofaringe e auscultação pulmonar sem alterações, sem adenopatias palpáveis. Verificou-se elevação de parâmetros inflamatórios, hipoxemia e nódulos pulmonares cavitados e derrame pleural esquerdo em TAC de tórax. Foi iniciado amoxicilina-ácido clavulânico e claritromicina e o doente foi internado.
No internamento verificou-se persistência de febre, com isolamento em hemoculturas de Fusobacterium necrophorum. Realizou angio-TC cervical e torácica que mostrou a permeabilidade dos vasos do pescoço e focos pulmonares nodulares traduzindo êmbolos sépticos. O estudo complementar realizado (imunológico, infeccioso incluindo estudo de micobactérias) revelou-se negativo. Não se verificaram focos de embolização abdominal ou vegetações cardíacas. A PET-SCAN mostrou sinal activo pulmonar, pleural e na orofaringe à direita.
Assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Lemierre.
O doente foi medicado com Ceftriaxone e Clindamicina com evolução clínica favorável, tendo tido alta para hospitalização domiciliária para continuação de antibioterapia parentérica que cumpriu 4 semanas.
Às 2 semanas de janela antibiótica, verificou-se evolução clínica e imagiológica favoráveis, com a presença de apenas algumas lesões nodulares e resolução do derrame pleural.
Discussão
Os clínicos devem reconhecer os sinais de alarme em jovens adultos com odinofagia, incluindo dor cervical, edema cervical unilateral e sintomas respiratórios. Na sua presença, a abordagem deve ser mais cuidada, incluindo a colheita de hemoculturas, exames de imagem e cobertura antibiótica de largo espectro.

CO n.º 0669

Mieloma múltiplo e massa retroperitoneal: caso clínico

David Gabriel Ferreira(1);Ana Monteiro(2);Albertina Nunes(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo (2) IPO Lisboa

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica secundária à proliferação monoclonal de plasmócitos. Habitualmente a doença fica confinada à medula e ao esqueleto, sendo que a disseminação extramedular ocorre em menos de 5%. A Fibrose Retroperitoneal (FRP) é um processo raro caracterizado por inflamação crónica, proliferação de fibroblastos e depósito de matriz extracelular excessiva, comprometendo os órgãos abdominais por compressão/infiltração. Pode ser idiopática ou secundária, incluindo as neoplasias. O envolvimento do retroperitoneu pelo MM causando fibrose retroperitoneal é uma das raras manifestações extramedulares e cujo mecanismo subjacente é desconhecido.
Descrição: Homem de 84 anos, com HTA. Internado por sintomas constitucionais há 6 meses, dor lombar com massa palpável e edemas periféricos. Analiticamente anemia macrocítica e lesão renal aguda. Mediante electroforese das proteínas, imunolectroforese sérica e urinária e medulograma com imunofenotipagem concluiu-se o diagnóstico de MM de cadeias leves lambda, estadio IIIB e atingimento renal (lesão renal e proteinuria nefrótica) e ósseo (bacia e coluna lombar). Para estudo de massa abdominal realizou TC que identificou massa de tecidos moles retroperitoneal direita, centrada à veia cava inferior/ureter direito com extensão entre o rim e à escavação pélvica, com infiltração de múltiplos tecidos. Enquanto aguardava, a realização de biopsia guiada por TC para caracterização histológica, a Hematologia, inicia tratamento com melfalan e prednisolona precedido por dexametasona. Aquando da realização da biópsia (coincidindo com 1ºciclo), constata-se desaparecimento da massa.
Conclusão: Embora o envolvimento retroperitoneal do MM, inclua o plasmocitoma ou deposição de amiloide, neste caso a hipótese de FRP, parece-nos mais plausível, dado apenas fez dexametasona, e não nenhum tratamento dirigido, que levou ao desaparecimento da massa, sugerindo assim tratar-se de uma massa de natureza inflamatória.

CO n.º 0688
Uma hipertensão "hemolítica"
João Horta Antunes(1);Sara Frazão de Brito(1);Bárbara Picado(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) é uma entidade clínica rara que resulta de disfunção endotelial com múltiplas etiologias. Este caso alerta-nos para um conjunto de sintomas frequentes, mas que não devem ser menosprezados.
Caso-clínico: Homem, 40 anos, melanodérmico. No Serviço de Urgência triado com "cefaleias, mialgias e hematúria, hipertenso e taquicárdico". Desconhecidos antecedentes. Por alteração do estado de consciência admitido na Sala de Reanimação: GCS 10, com secreções espumosas na cavidade oral, incontinência de esfíncter urinário. Hipertenso (240/118mmHg), taquicárdico (110bpm). Gasimetria em ar ambiente com alcalose respiratória e hiperlactacidémia. Do estudo complementar destaca-se: anemia com padrão de hemólise (LDH 2143 UI/L, haptoglobina 13 mg/dL), trombocitopenia (60.000 plaquetas) e lesão renal (ureia 217 mg/dL, creatinina 8,40 mg/dL, eFGR 8 mL/min/1,73m2), bilirrubina total e direta aumentadas (respetivamente 1,38 mg/dL e 0,42 mg/dL); estudo morfológico: anisopoiquilocitose muito acentuada, anisocromia, muitos esquizócitos. Evidenciada retinopatia hipertensiva moderada. Admitiu-se MAT em contexto de hipertensão arterial (HTA) maligna com eventual encefalopatia urémica em doente com suscetibilidade genética (deleção CFHR3-CFHR1 em homozigotia, associada a autoanticorpos anti-fator H) e provável doença renal crónica por HTA. Realizou hemodiálise e plasmaferese, com melhoria clínica, regressão total do padrão de hemólise e estabilização da retenção azotada, com manutenção da anemia.
Discussão: Este caso demonstra uma anemia hemolítica em doente jovem com uma apresentação peculiar - alteração do estado de consciência, secreções "espumosas" na cavidade oral e incontinência de esfíncter urinário, sem documentação de crise convulsiva - em que o estudo complementar evidencia MAT em contexto de HTA, com melhoria clínica e analítica. Dos fatores de risco para MAT apenas se identifica HTA e suscetibilidade genética.

CO n.º 0692

Cetoacidose diabética pós Pembrolizumab: Um caso clínico

Francisco Guimarães(1);Inês Ladeira(1);Nataliya Polishchuk(1)
(1) Hospital Cuf Descobertas

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O pembrolizumab (inibidor checkpoint imunitário PD-1) é um anticorpo monoclonal usado cada vez mais no tratamento de certas neoplasias, nomeadamente melanomas e adenocarcinomas, tendo a sua maior utilização levado ao aparecimento de reações adversas, umas mais que outras, entre as quais diabetes autoimune tipo 1. Os casos são esparsos com parca descrição a nível internacional.
Os autores trazem um caso de uma doente de 88 anos, autónoma, com história de neoplasia do estômago submetida a quimioterapia, tendo escalado para anticorpos monoclonais (pembrolizumab). Sem história anterior de diabetes mellitus.
Apresentava astenia, adinamia, hiperglicemia, polidipsia e poliúria 8 dias após a última toma de Pembrolizumab. Ao exame objetivo apresentava hiperglicémia incontável e cetonémia incontável. Gasimetria com acidémia metabólica.
Na avaliação analítica com lesão renal aguda (ureia de 71mg/dL e creatinina 1.41 mg/dL) e Hb1Ac de 12.7% inaugural.
É transferida para unidade de cuidados intensivos, onde permanece 2 dias a realizar insulina em perfusão.
Em internamento faz estudo de distúrbios autoimunes hormonais (ACTH; Cortisol plasmático basal; Anti-Tg, anti-microssomas; Ac anti GAD, Ac Anti insulina, Ac anti ilhéus Langerhans; Ac anti tirosina fosfatase) com valores dentro da normalidade.
Após estabilidade do quadro tem alta com insulina subcutânea diária e insulina de curta acção corretiva. Mantém seguimento em consulta especializada de Diabetes
Este caso demonstra a importância da avaliação apertada do doente oncológico sob imunoterapia e ser fundamental avaliar efeitos secundários de forma a evitar quadros exacerbados como o supracitado.

CO n.º 0697

A importância da atuação precoce na crise renal esclerodérmica

Telma Pais(1);Sofia Romão(1);Ana de Matos Valadas(1);Tiago Sepúlveda Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A crise renal esclerodérmica (CRE) é uma das complicações mais graves da esclerose sistémica (ES), que cursa com hipertensão de novo com frequente lesão de órgão-alvo, podendo condicionar microangiopatia trombótica (MAT), e lesão renal aguda (LRA), na presença de um exame sumário de urina normal ou com proteinúria moderada.
Caso clínico: Reportamos o caso de uma doente de 45 anos com esclerose sistémica sem seguimento médico regular que se apresentou com queixas de cansaço progressivo, cefaleia intensa, visão turva, náuseas e vómitos com um mês de evolução.
À admissão, apresentava pressão arterial (PA) 220/150 mmHg e retinopatia hipertensiva grau 3. Foi objetivado fenómeno de Raynaud, e esclerose com envolvimento da face, dedos (esclerodactilia), mãos e antebraços. Laboratorialmente, com evidência de MAT: anemia hemolítica de novo, com presença de esquizócitos e teste de antiglobulina direto negativo, trombocitopenia de novo, e LRA KDIGO grau 3 (creatinina máxima 2,8 mg/dL). Apresentava ainda rácio proteinúria/creatininúria elevado (203 mg/g), sem alterações do sedimento urinário.
Foi iniciado tratamento com captopril 25 mg qid, com controlo da PA e remissão completa das queixas em 48 horas. Excluída hipertensão pulmonar e doença pulmonar intersticial, mas com alterações inespecíficas na capilaroscopia e dismotilidade esofágica. Serologicamente, detetados anticorpos IgG anti-RNA polimerase III fortemente positivos.
Apesar da estabilização dos valores de anemia e melhoria da trombocitopenia, não houve recuperação completa da função renal à data de alta.
Discussão: Apenas a deteção precoce e rápida instituição de tratamento com inibidor da enzima conversora de angiotensina consegue reduzir a morbimortalidade associada à CRE. Este caso evidencia uma apresentação clássica da patologia, com recurso tardio aos serviços de saúde. É de extrema importância a sensibilização dos doentes com ES para a manutenção de vigilância sintomática e da PA regular.

CO n.º 0707
Na pista das adenopatias

Dra. Leonor Soares(1);Marta Vieira(1);Rita Cruz(1);Laura Moreira(1);Umbelina Caixas(1);Helena Amorim(1)
(1) Hospital de São José

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: As adenopatias generalizadas podem ser manifestações primárias ou secundárias de um grande número de patologias nomeadamente infeciosas, imunológicas ou neoplásicas. No caso do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), podem estar presentes em até 50% dos casos e podem ser a primeira manifestação da doença.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 20 anos, saudável, apresenta quadro de astenia, anorexia e emagrecimento com 5 meses de evolução, bem como febre vespertina e sudorese noturna. Múltiplas avaliações no serviço de urgência (SU), com exame objetivo normal e analiticamente com anemia (Hb 11,2g/L) e elevação das transaminases (Aspartato aminotransferase 63 U/L, Alanina aminotransferase 65 U/L), tendo alta referenciada a consulta pós urgência. Nessa consulta, foram objetivadas tumefações nas cadeias ganglionares cervicais e axilares. Tomografia computorizada (TC) torácica identificou adenopatias axilares, cervicais e mediastínicas bilaterais e derrame pleural bilateral.
Foi admitido quadro constitucional poliadenopático e internada para estudo.
Complementou estudo imagiológico com TC Abdomino-pélvica identificando-se ainda adenopatias hilares esplénicas e hepáticas, mesentéricas e retroperitoneais.
O estudo microbiológico foi negativo com hemocultura e urocultura estéreis; exame directo, cultural e Polymerase Chain Reaction do suco gástrico negativos para Micobacterium tuberculosis complex; serologias virais negativas (Hepatite A,B e C; VIH; CMV; EBV).
Estudo de auto-imunidade com Anticorpos (Ac.) Anti-nucleares (1:640), Ac. anti ds-DNA (4028 UI/mL) e Ac. anti nucleossomas (1180U/mL) positivos e hipocomplementémia.
Realizou biópsia excisional de gânglio axilar com histologia compatível com linfadenite reactiva, sem identificação de tecido neoplásico.
Perante achados, foi admitido quadro inaugural de LES e iniciou corticoterapia sistémica com melhoria sintomática.
Conclusão: A importância do caso prende-se com abordagem de um quadro constitucional inespecífico, relembrando o vasto leque de etiologias possíveis. Estas incluem as doenças inflamatórias, que poderão ter uma apresentação mais frustre como no caso desta doente, em que os sintomas típicos do LES não estavam presentes.

CO n.º 0708

Diplopia: apresentação invulgar de plasmocitoma em localização rara

Pedro Sá Almeida(1);Marta Gomes(1);Patrícia Ferraz(2);Mariana Nunes(1);Ana Maria Carvalho(1);Manuel Cunha(2);Fernando Salvador(2)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada por proliferação de plasmócitos clonais. A apresentação típica inclui hipercalcémia, lesão renal, anemia e lesões líticas ósseas; à apresentação, o MM extramedular encontra-se em cerca de 7% dos doentes, enquanto outros 6% podem desenvolver lesões extramedulares no curso da doença. Tumores clivais são entidades extremamente raras, com incidência geral de 0,1-0,2% de todos os tumores intracranianos, e incluem predominantemente cordomas e condrossarcomas. Relatamos uma apresentação incomum de mieloma múltiplo, com massa clival com envolvimento neuro-oftalmológico.
Mulher, 69 anos, recorreu ao serviço de urgência por diplopia e dor na região cervical, clavícula e ombro esquerdos com 1 dia de evolução. Ao exame físico evidenciou-se défice na abdução ocular esquerda, diplopia ipsilateral e tumefação frontal direita (2 cm) sem sinais inflamatórios. Imagiologicamente foram detetadas, em tomografia computorizada crânio-encefálica, múltiplas lesões osteolíticas cranianas e plasmocitoma no clivus, confirmado em ressonância magnética, que podia justificar a parésia do VI par craniano. Analiticamente, excluiu-se anemia, hipercalcémia e lesão renal. A eletroforese de proteínas revelou um pico monoclonal IgG/kappa com desequilíbrio de cadeias leves, não presente em analítica realizada 6 meses antes. O medulograma evidenciou 41,1% de plasmócitos grandes, com citoplasma abundante; FISH com deleção 13q14 em 28.5% dos núcleos e trissomia 11 em 42,5%. Feito o diagnóstico de MM com plasmocitoma clival (C–R–A–B+) R-ISS I. A doente foi tratada com quimioterapia (bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona) e radioterapia paliativa local, com ótima resposta analítica e clínica.
Apresentamos este caso para realçar que, embora raro, o plasmocitoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões da base do crânio associadas a envolvimento precoce dos nervos cranianos, mesmo em doentes com exclusão analítica prévia de MM.

CO n.º 0717

Apresentação atípica de sarcoidose

Mariana Belo Nobre(1);Miguel Carrilho(1);Madalena Costa Santos(1);Bárbara Queiroz(1);Ryan Costa Silva(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Sarcoidose é uma doença inflamatória crónica sistémica, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos, podendo manifestar-se por febre, anorexia, dispneia, tosse, dor torácica e adenopatias. Associa-se a um maior risco de tromboembolismo venoso (TEV), não estando este mecanismo totalmente esclarecido.
Os autores apresentam o caso de um doente de 35 anos, referenciado à consulta para investigação etiológica de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior, hipocoagulado com rivaroxabano. O estudo de trombofílias hereditárias e adquiridas foi negativo, bem como o estudo autoimune. Por manutenção de dor e edema do membro inferior, repetiu doppler que documentou extensão da TVP apesar da hipocoagulação, pelo que foi realizado switch para inibidor de trombina e se estendeu estudo etiológico. A PET-scan revelou marcação mediastínica paratraqueal direita e aortopulmonar. Por suspeita de eventual linfoma *versus* sarcoidose, foi realizada biópsia excisional de adenopatia, que mostrou múltiplos granulomas de células epitelioides, sem evidência de células neoplásicas e com pesquisa de microorganismos (incluindo micobactérias) negativa. Apurou-se ainda história de lesão cutânea eritematosa nasal sugestiva de lúpus *pernio*, embora sem elevação da enzima conversora de angiotensina. Perante granulomas mediastínicos, lúpus *pernio* e após exclusão de doença infeciosa e neoplásica, assumiu-se sarcoidose com fenómeno tromboembólico associado. Apesar da ausência de envolvimento de órgão major, optou-se por iniciar prednisolona e manter hipocoagulação, com regressão das adenopatias e sem novos episódios de TVP após 6 meses de *follow up*.
A sarcoidose tem sido associada a um maior risco de TEV por condicionar um estado de hipercoagulabilidade em contexto de inflamação crónica. A abordagem terapêutica implica a extensão da hipocoagulação e o controlo da doença de base, optando-se neste caso pela corticoterapia.

CO n.º 0724

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO POR EMBOLIA CORONÁRIA

SARA sá(1);Sérgio Alves(1);Cristiana Batouxas(1);Sofia Carvalho(2);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: Os enfartes agudos do miocárdio com coronárias não obstruídas (MINOCA) constituem cerca de 10% dos síndromes coronários agudos, etiologicamente divididos entre causas epicárdicas, microvasculares e embolismo coronário (EC).
CASO CLÍNICO: Masculino, 50 anos, sem antecedentes relevantes, sem fatores de risco vasculares e sem história familiar de cardiopatia. Desportista. Admitido no serviço de urgência por enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST. Baixo score de risco isquémico (Grace score 73) e hemorrágico. Iniciou terapêutica anticoagulante e antiagregante plaquetar (ácido acetilsalicilico e ticagrelor). Evolução em Killip I, sem recidiva de angor e sem evolução eletrocardiográfica. Realizou angiografia coronária invasiva, 72 horas após a admissão que revelou trombo na transição dos segmentos proximal-médio da coronária direita. Restantes vasos sem doença significativa. Após aspiração do trombo verificou-se imagem angiográfica sugestiva de trombo residual e ausência de rutura de placa. Manteve dupla antiagregação plaquetar e anticoagulação oral. Controlo angiográfico aos 3 meses sem evidência de doença coronária, tendo suspenso ticagrelor. O estudo complementar efetuado permitiu excluir diagnóstico alternativo para a apresentação clínica, pelo que se assumiu tratar-se de um caso de MINOCA por EC. Do estudo complementar efetuado destaca-se estudo protrombótico com identificação da presença de mutação C677T e A1298C, em heterozigotia da enzima MTHFR, no entanto com níveis de homocisteína normais e ecocardiograma com solução salina agitada onde se verificou a passagem de raras bolhas para a aurícula esquerda após a suspensão da manobra de Valsalva – compatível com *foramen oval patente* (FOP) com shunt sem características de alto risco, sem nunca se ter detetado arritmia cardíaca ou outra fonte de embolia. Após discussão multidisciplinar foi decidido manter anticoagulação oral e suspensão de antiagregação plaquetar.
DISCUSSÃO: A abordagem dos MINOCA é direcionada à elucidação do mecanismo de isquemia e a terapêutica individualizada.

CO n.º 0739

Quando os secundários se revelam mais que o primário - da nevralgia ao Krukenberg

Patricia Manuela Fernandes(1);Ana Cláudia Cunha(1);Cláudia Diogo(1);Raquel Silva(1);Diana Moura(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA

Tema: Doenças oncológicas

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 42 anos, sem antecedentes de relevo, que recorre ao serviço de urgência (SU) por queixas compatíveis com nevralgia do trigémio direita sem características atípicas, tendo alta medicada com carbamazepina e orientada para consulta com RM-CE. Em consulta com melhoria da dor mas parésia 4+/5 à direita, com cerca de 8 horas de evolução, sendo encaminhada para o SU para exclusão de evento vascular agudo e internada para estudo. No internamento, após entrevista, acrescenta-se perda ponderal de cerca de 9kg em 4 meses, astenia, cervicalgia e lombalgia arrastadas, sem outras queixas. Ao exame objectivo sem adenopatias, sem nódulos mamários, auscultação sem alterações, abdómen desconfortável à palpação do hipogastro, sem lesões cutâneas suspeitas, hemiparesia distal 4+/5 (membro superior direito), hemihipostesia e marcha ligeiramente hesitante à direita. A realçar história familiar de carcinoma gástrico (avô). Pedida RM-CE, do neuroeixo e TC toraco-abdomino-pélvica que revelou lesões ósseas sugestivas de metastização em toda a coluna, reforço de sinal em V2 (provável contexto paraneoplásico) e massa pélvica anexial de 11 cm de maior eixo, lesões confirmadas em TC, a acrescentar adenopatias perigástricas e ascite. Por suspeita de primário gástrico (pelo padrão da distribuição adenopática, eventual tumor de Krukenberg e antecedentes familiares) realizada endoscopia digestiva alta, que confirmou o diagnóstico, sendo a doente encaminhada para Oncologia e Paliativos, vindo a falecer cinco meses depois.
Com o presente caso pretende colocar-se em evidência vários pontos: quando suspeitar de nevralgia do trigémio secundária; a possibilidade das neuropatias paraneoplásicas e o desafio diagnóstico e terapêutico associado às mesmas; bem como o facto de apenas 1% dos tumores ováricos serem de Krukenberg, secundários à disseminação de tumores gástricos e/ou colorrectais, com diagnóstico instantâneo de estadio IV e prognóstico muito reservado.

CO n.º 0748

Colestase hepática crónica no adulto: quando pensar em Colestase Intrahepática Progressiva Familiar?

Sofia Marques da Silva(1);Hugo Oliveira(1);Raquel Calisto(1);Marta Soares(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
A colestase caracteriza-se pela dificuldade na produção ou secreção dos constituintes biliares. Existem vários tipos de colestase intra-hepática progressiva familiar (PFIC), um grupo heterogéneo de doenças genéticas raras que condicionam colestase de origem hepatocelular. A PFIC 3 envolve uma mutação no gene ABCB4 que codifica a proteína MDR3 que ao estar modificada pode provocar agressão dos colangiócitos, colangite e colestase. Apesar de habitualmente ser causada por mutações em ambos os alelos, também já foram descritos casos com mutação de apenas 1 alelo ou de nenhum, como é explicado em situações com mutações noutros genes que envolvem a transcrição ou transporte do ABCB4 ou situações de mutações heterozigóticas de 2 genes (ABCB4 e ABCB11). Mutações em heterozigotia no gene ABCB4 estão também associados a aumento do risco de microlitíase, pancreatite litiásica recorrente, cirrose biliar e doença fibrosante colestática hepática.
Caso clínico
Homem de 22 anos, com história de pancreatite aguda aos 13 anos, apresenta citocolestase hepática (máximo ALT 3x LSN (limite superior do normal), AST <2x LSN e GGT 2x LSN) e hiperbilirrubinemia <2x LSN, sem clínica associada. Foram excluídas hepatites virais, hepatite autoimune, hemocromatose, doença de Wilson e doença celíaca. Realizou ressonância magnética hepática, colangio-ressonância, doppler hepático, biópsia hepática e fibroscan sem alterações. Fez pesquisa de mutação do gene ABCB4 que revelou presença de 1 alelo com mutação c.3701T>C(p.Ile1234Thr) no exão 28. Descritos casos de fenótipos semelhantes a PFIC 3 com mutação em apenas 1 alelo, pelo que se optou por iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico com normalização das enzimas hepáticas.
Discussão
Com o presente caso pretende-se alertar para esta entidade clínica e destacar as recomendações da European Association for the Study of the Liver que aconselham a pesquisa de mutação do gene ABCB4 em doentes com quadros colestáticos não esclarecidos.

CO n.º 0753

Paraganglioma metastático: uma gota no oceano da hipertensão

João Mirinha Luz(1);Melanie Ferreira(1);Sílvia Santos Pereira(1);Filipa Ferreira(1);Tatiana Soares Correia(1);Susana Matias(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
Os paragangliomas são tumores raros com origem nas células da crista neural localizadas nos paragânglios simpáticos e parassimpáticos. Frequentemente produzem catecolaminas, associando-se a hipertensão arterial (HTA) secundária ou resistente. Na maioria são benignos, podendo, em raros casos, metastizar para o osso, fígado e pulmão.
Caso clínico
Homem de 56 anos, com história de síndrome de Marfan, dilatação da raiz da aorta com prótese valvular e vascular, amaurose esquerda por deslocamento da córnea e HTA há 15 anos controlada com 3 hipotensores. Internamento para estudo de quadro com 7 meses de astenia, sudorese noturna, perda de peso, dor abdominal nos quadrantes esquerdos, síncopes e descontrolo tensional. Avaliação inicial revelou a presença de HTA grau III, associada a hipotensão ortostática, dor abdominal à palpação dos quadrantes esquerdos e crista ilíaca esquerda, e sopro holossistólico precordial previamente conhecido. As análises revelaram anemia normocítica e normocrómica, elevação da velocidade de sedimentação e lesão renal aguda. Realizou TC de corpo inteiro que destacou conglomerado adenopático abdominal na região aortocava e lesão osteolítica na crista ilíaca esquerda. PET-scan corroborou os achados, com SUV máximo 26.9 no conglomerado. Dada lesão óssea abordável por via percutânea, foi realizada biópsia, que revelou a presença de tecido compatível com paraganglioma. Urina de 24 horas detetou elevação de metanefrinas urinárias (30000ug/mL). Assumiu-se o diagnóstico de paraganglioma maligno com metastização óssea. Durante o internamento não tinha sido alcançado controlo tensional com recurso a 5 classes de antihipertensores. Após o diagnóstico, iniciou bloqueador alfa, verificando-se a normalização dos valores tensionais.
Conclusão
Este caso reflete uma neoplasia rara, associada a hipertensão secundária ou resistente, e a necessidade de manter um nível elevado de suspeição perante alterações ao perfil tensional de um doente previamente controlado.

CO n.º 0766

Quando uma rabdomiólise é mais complicada do que parece!

Carolina Henriques(1);Tiago Millner(2);Rubina Miranda(2);Teresa Carolina Aguiar(2);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL-Marmeleiros (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças raras

INTRODUÇÃO: A Hiperargininémia (HA) é uma doença metabólica hereditária rara (1:2000000) do ciclo da ureia, com transmissão autossómica recessiva. Deve-se à deficiência da enzima arginase I que é responsável pela conversão da arginina em ureia e ornitina. As principais manifestações são neurológicas com espasticidade muscular, ataxia, hiperreflexia e convulsões. Atualmente o diagnóstico é realizado no rastreio neonatal. Este caso retrata um diagnóstico tardio, na idade adulta de HA com uma particularidade rara, a presença de miopatia.
CASO CLÍNICO: Mulher 23 anos, sem antecedentes, referenciada à consulta por rabdomiólise com CK>5000 U/L com 6 anos de evolução. Na colheita da história clínica aferiu-se pais primos em 1º grau, dificuldades na aprendizagem, alterações no comportamento, múltiplas quedas desde a infância e 2 internamentos por rabdomiólise. À observação: vígil, TA 104/68 mmHg, TT 36,5. No exame neurológico, paraparésia predomínio proximal ligeira, espasticidade e hiperreflexia osteotendinosa ambos os membros inferiores, reflexo cutâneo plantar em extensão bilateral e marcha espástica e paraparética. Análises com AST 97,7 U/L, ALT 97,7 U/L e CK 5229.0 U/L; ressonância magnética cranioencefálica sem alterações; eletromiografia compatível com miopatia; biópsia muscular com alterações miopáticas inespecíficas; estudo bioquímico lisossomal negativo; teste genético para paraparésias espásticas recessivas/ligadas ao cromossoma X positivo para variante patológica em homozigotia ARG1. Assumido o diagnóstico de HA, a doente foi orientada para consulta de nutrição e de doenças metabólicas.
CONCLUSÃO: A HA, em comparação com outras doenças do ciclo da ureia, é pouco conhecida conduzindo a um subdiagnóstico desta entidade principalmente quando ainda não estava incluída no rastreio neonatal. Na literatura, dos poucos casos reportados da HA diagnosticada na idade adulta, constatou-se maior predisposição para associação com manifestações não habituais desta entidade, a salientar neste caso a miopatia. Sendo assim, é importante conhecer os sinais e sintomas de forma a diagnosticar precocemente, implementar o tratamento adequado com uma dieta hipoproteica e diminuir sequelas neurológicas.

CO n.º 0781

Miocardite aguda como forma de apresentação de Doença de Fabry: a propósito de um caso clínico

Vanessa Novais de Carvalho(1);Bruno Santos(1);Jose Nuno Raposo(1)
(1) Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Tema: Doenças raras

A doença de Fabry é uma doenc¸a gene´tica, rara, cro´nica e progressiva causada pela deficie^ncia de atividade da enzima alfa-galactosidase A, que existe no interior do lisossoma. A produc¸a~o da enzima e´ controlada pelo gene GLA, que se localiza no cromossoma X. É uma doença multissistémica caracterizada por manifestações específicas neurológicas, cutâneas, renais, cardiovasculares e cérebro-vasculares.
Os autores apresentam o caso duma mulher de 25 anos, com história prévia de Miocardite Aguda presumidamente viral (após amigdalite), em 2016, admitida por dor torácica opressiva, de instalação súbita, com 2 horas de evolução, e irradiação a ambos os membros superiores, sem fatores de alívio ou agravamento. Referia 2 dias antes recorrência ao serviço de urgência por odinofagia, tendo sido diagnosticada amigdalite aguda e medicada com penicilina. Ao exame objetivo a doente não apresentava alterações relevantes. O Eletrocardiograma à admissão apresentava um ritmo sinusal, sem alterações. Analiticamente, destacava-se elevação de troponina (120 ng/L) e PCR (9 mg/dL), sem leucocitose. Realizou Ecocardiograma Transtorácico que não revelou alterações segmentares ou outras. Assumiu-se o diagnóstico de 2º episódio de miocardite aguda. Realizou Ressonância Magnética cardíaca que documentou ventrículos não dilatados com boa função sistólica global e segmentar, com hipersinal em T2 traduzindo edema e discreto realce tardio subepicárdico na parede ínfero-lateral basal, compatível com a suspeita de miocardite. Durante o internamento, foi colhida umas história clínica mais pormenorizada e apurou-se uma história familiar rica em Doença de Fabry, motivo pelo qual foi realizado teste genético para doença de Fabry que se revelou positivo.
Em doentes do sexo feminino, com heterozigotia, a doença de Fabry tem expressividade variável e a miocardite aguda é uma manifestação rara. Os autores abordam os mecanismos fisiopatológicos, apresentação clínica e novos meios imagiológicos complementares de diagnóstico, bem como o tratamento da Doença de Fabry, que continua a ser uma doença subdiagnosticada e frequentemente mal compreendida. Este caso reflete ainda que numa era de novas tecnologias, a História Clínica continua a ser a arma diagnóstica mais poderosa do Internista.

CO n.º 0786
TOXICIDADE À VACINA CONTRA COVID 19 - SDRIFE
Carolina Henriques(1);Carolina Carvalhinha(1);Francisco Barreto(1);Rui Fernandes(1);Rubina Miranda(1);Maria da Luz Brazão(1);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL-Marmeleiros

Tema: Outro

Introdução: A vacinação possui um papel crucial no combate à pandemia COVID 19 conferindo uma diminuição na mortalidade e morbilidade dos doentes afetados. A Cominarty é constituída por RNA mensageiro que codifica a proteína S do SARS-COV-2 e foi aprovada para prevenção da COVID-19 em pessoas com idade ≥12 anos. As reações adversas muito frequentes são, na sua maioria, ligeiras ou moderadas em intensidade. Este caso pretende dar a conhecer uma reação adversa muito rara, ainda com incidência desconhecida de acordo com RCM, à vacina denominada SDRIFE (Symmetrical Drug-related Intertriginous and Flexural Exanthema).
Caso Clínico: Mulher, 62 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por dermatite pruriginosa com 4 dias de evolução e agravamento progressivo, 2 dias após a vacinação. À observação: vígil, TT 36,5, TA 106/58 mmHg, FC 84bpm, eupneica; pele com manchas eritematosas em toalha localizadas bilateralmente nas pregas inframamárias, axilas, pregas antecubitais, abdómen e regiões inguinais; sem pústulas; Nikolsky negativo; sem afeção das membranas/mucosas. Análises com leucocitose 12600 uL, neutrofilia 90,2%, sem eosinofilia, sem alteração da função hepática/renal. Foi internada e realizada biópsia cutânea com resultado histológico compatível com dermatite em contexto de toxicodermia. Realizou corticoterapia com remissão progressiva do quadro clínico. Teve alta ao 7º dia de internamento. Tendo em conta a forte relação causal entre a vacinação e surgimento do quadro clínico foi realizada notificação imediata ao INFARMED.
Conclusão: Face à urgente e contínua necessidade de controlar as repercussões nefastas da pandemia COVID 19, a vacinação é utilizada em grande escala como principal medida de prevenção. Os profissionais de saúde deverão estar atentos e reconhecer as possíveis reações adversas desde as mais frequentes até às mais raras, de forma a registar e reportar à entidade responsável competente.

CO n.º 0799
O desafio? Juntar todas as peças
Mariana Baptista(1);Pedro Oliveira(1);Joana Dias(1);Rita Neto(1);Sara Correia(1);Raquel Moura(1);Elena Suarez(1);Marta Barbedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A abordagem holística na Medicina Interna permite a integração de todos os sintomas e sinais de órgãos e aparelhos alcançando os diagnósticos sindrómicos.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 60 anos, admitida por quadro com 3 meses de evolução de astenia, aumento do volume abdominal, dor epigástrica, vómitos e hipertensão arterial (HTA) não controlada. Ao exame objetivo apresentava HTA, obesidade, face em lua cheia, giba de búfalo e estrias violáceas. O estudo revelou hipocalemia grave e alcalose metabólica. Imagiologicamente presença de múltiplas lesões hepáticas e massa pancreática. Endoscopia digestiva alta mostra doença ulcerosa. Submetida a biópsia de nódulo hepático que foi compatível com tumor neuroendócrino grau 2. Realizou PET com Ga-68 e F-18-FDG e estudo endócrino, tendo-se concluído por tumor neuroendócrino do pâncreas com metastização hepática produtor de ACTH (ACTHoma a condicionar Síndrome de Cushing (SC) ACTH dependente) e gastrina (Gastrinoma a condicionar Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE)). Iniciou lanreotida dirigido ao tumor neuroendócrino. O SC foi controlado com metirapona, com normalização tensional e resolução da hipocalemia. Em relação ao SZE, apesar da terapêutica com inibidores da bomba de protões, necessitou de jejunostomia por vómitos incoercíveis. Apresentou diminuição do volume de lesões e das manifestações endócrinas, estando proposta para quimioterapia.
Discussão: Os tumores neuroendócrinos do pâncreas têm uma incidência de 0.5/100,000 pessoas/ano, correspondendo a 10% dos tumores neuroendócrinos. Apenas 30% são funcionantes. Este caso permite salientar a importância da integração dos achados clínicos e analíticos para um correto diagnóstico. O diagnóstico inicial de neoplasia de primário oculto associado aos achados sugestivos de SC (fenótipo, HTA, hipocalemia e alcalose metabólica) colocam como primeira hipótese de diagnóstico o tumor neuroendócrino.

CO n.º 0808
Derrame pleural – quando o tratamento é a causa
Joana Gouveia Santos(1);Mariana Gonzalez Ribeiro(1);Catarina Santos Reis(1);Catarina Sousa(1);Paulo Almeida(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: O dasatinib é um fármaco geralmente bem tolerado, contudo associa-se a elevado risco de derrame pleural (DP), ocorrendo em cerca de 30% dos doentes em tratamento. Este efeito adverso pode ocorrer em qualquer fase do seguimento, sendo habitualmente mais frequente nos primeiros anos.
Caso Clínico: Mulher, 82 anos com leucemia linfoblástica aguda pró-B (em remissão há 13 anos sob dasatinib 140mg/dia), recorreu à urgência por dispneia para pequenos esforços, dor costofrénica esquerda e ortopneia com 3 semanas de evolução. À admissão com insuficiência respiratória hipoxémica, edemas dos membros inferiores e murmúrio vesicular diminuído na base pulmonar direita e nos 2/3 inferiores esquerdos. Imagiologicamente com DP bilateral, de grande volume à esquerda. Realizada toracocentese com saída de 1000mL de líquido pleural (LP) sero-hemático, com critérios bioquímicos de exsudado e com predomínio linfocítico. Tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica sem alterações significativas. Mico e bacteriológico de LP negativos e sem alterações na imunofenotipagem. Apesar de tratamento com dasatinib há vários anos, considerou-se DP secundário ao dasatinib, pelo que se suspendeu, e iniciou-se corticoterapia (CCT). Ao 10º dia de internamento, a doente teve alta orientada para consulta de hematologia, sem agravamento do DP e em desmame progressivo de CCT. Após discussão multidisciplinar, re-iniciou dasatinib em dose inferior (100mg/dia), tendo sido reavaliada em consulta um mês depois mantendo-se em remissão hematológica e citológica, sem sintomas respiratórios e sem agravamento imagiológico do DP.
Discussão: Os autores apresentam um caso de DP secundário ao dasatinib, após 13 anos de tratamento, realçando-se que, apesar de pouco frequente, o DP pode ocorrer em qualquer fase do tratamento. Ainda que clinicamente muito significativo, a redução de dose deverá ser considerada dado que poderá ser suficiente na abordagem destes doentes, sem prejuízo da eficácia na manutenção da remissão da doença.

CO n.º 0837

CONJUGAÇÃO DE ESFORÇOS PARA O MELHOR RESULTADO

Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);Hugo Pêgo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

Os sarcomas uterinos são tumores malignos raros e extremamente agressivos. São frequentemente diagnosticados incidentalmente em estadio avançado o que acresce uma maior agressividade e um prognóstico desfavorável.
Mulher de 45 anos, autónoma e com história de hemorragia uterina anómala em contexto de miomas uterinos, com perda de seguimento em consulta dedicada pelas contingências pandémicas. Internada por trombose venosa profunda do membro inferior direito e hemorragia uterina em contexto de patologia ginecológica. Da investigação complementar apurou-se um tumor ginecológico em estadio avançado com invasão da veia cava inferior e extensão até à aurícula direita, com focos de tromboembolismo pulmonar com poucas possibilidades de intervenção, atribuindo portanto um péssimo prognóstico vital a curto prazo com morte intra internamento muito provável. Realizou biópsia uterina ecoguiada cuja histologia revelou tumor mesenquimatoso compatível com sarcoma de provável histogénese estromal endometrial. No decorrer do internamento destaca-se a complexidade da tomada de decisões terapêuticas quer na hipocoagulação, balanceando continuamente o risco hemorrágico e trombótico, com necessidade de suspensão frequente, quer na rápida intervenção sobre as múltiplas intercorrências infeciosas, para que não comprometesse o agendamento cirúrgico. A doente foi transferida para um hospital com equipa diferenciada, onde foi submetida a histerectomia radical, trombectomia da veia cava inferior até à aurícula direita e exploração da artéria pulmonar direita. Foi intervencionada com evolução favorável, corroborada em avaliação em consulta externa várias semanas depois.
Este caso retrata a relevância da Medicina Interna na gestão do doente complexo, tomando decisões terapêuticas difíceis, assumindo e balanceando o risco inerente. Foi realizada a ponte com várias especialidades, permitindo uma abordagem multidisciplinar não só intra como inter-hospitalar, o que contribuiu para o outcome positivo.

CO n.º 0840

Frozen to the core: Um caso de Anemia hemolítica na presença de aglutininas frias e crioglobulinas

Marta Anastácio(1);Pedro Ferreira(1);Antony Dionísio(1);Joana a. Duarte(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A Doença de Aglutininas frias (DAF) é uma forma rara de anemia hemolítica auto-imune (AHAI), na qual autoanticorpos reagem contra antigénios eritrocitários a temperaturas abaixo da temperatura corporal normal. A Crioglobulinemia corresponde à formação de imunocomplexos a baixas temperaturas e geralmente está associada a manifestações vasculíticas, não cursando com hemólise.
CASO CLÍNICO: Mulher de 45 anos, saudável. Admitida no Serviço de Urgência por quadro de febre, dispneia, cansaço para pequenos esforços, pré-cordialgia sem irradiação e colúria com 5 dias de evolução. Nas 2 semanas prévias mencionou quadro auto-limitado de anorexia, diarreia e vómitos. À observação inicial apresentava-se descorada e com icterícia mucocutânea, febril (temperatura timpânica 38ºC), hipotensa (PA 102/62 mmHg), taquicardica (FC 113 bpm) e eupneica em ar ambiente, sem défice de oxigenação. Analiticamente a salientar: anemia hemolítica grave - hemoglobina 5.7 g/dL, aumento do índice reticulocitário, hiperbilirrubinemia (2.71 mg/dL com bilirrubina conjugada de 0.72 mg/dL), elevação da lactato desidrogenase (649 U/L), haptoglobina diminuída, teste de Coombs direto e indireto negativos e urina II com hemoglobinúria. O esfregaço sanguíneo identificou aglutinação eritrocitária com presença de aglutininas frias (AF). Ecografia abdominal com hepatomegalia e esplenomegalia homogéneas. Do estudo complementar, a pesquisa de crioglobulinas (CG) foi positiva e o Ac anti-SSA (Ro52) foi positivo porte. Feito diagnóstico de AHAI por DAF e Crioglobulinémia. Iniciou aquecimento externo passivo e prednisolona 1mg/kg/dia, fez fluidoterapia e 1 unidade de concentrado eritrocitário irradiado aquecidas. Evoluiu favoravelmente com resolução das queixas, melhoria da anemia e da hemólise. Teve alta ao 4º dia de internamento, com indicação para desmame lento de corticoterapia e evicção de exposição ao frio.
DISCUSSÃO: Os autores discutem a particularidade deste caso, não só pela AHAI por DAF ser um distúrbio raro, como também pela presença rara e simultânea de crioglobulinas num mesmo indivíduo, principalmente na ausência de queixas vasculíticas compatíveis com Crioglobulinemia ou antecedentes de doença auto-imune conhecida.

CO n.º 0843

Uma manifestação atípica de encefalopatia hipertensiva – as múltiplas complicações da hipertensão

Stanislav Tsisar(1);Manuel Monteiro(1);Inês Lopes da Costa(1);Rita Gameiro(1);Adriana Watts Soares(1);Rita Prayce(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A encefalopatia hipertensiva é um diagnóstico de exclusão em doentes que se apresentam com alterações neurológicas de novo em contexto de pressão arterial >180/110 mmHg. Alguns casos que se apresentam como encefalopatia hipertensiva são de natureza multifatorial e têm uma manifestação atípica, sendo necessário um diagnóstico diferencial extenso nos doentes com encefalopatia, mesmo em contexto hipertensivo, sobretudo na presença de alterações do comportamento.
Apresenta-se o caso dum homem de 57 anos, empresário, previamente autónomo e cognitivamente íntegro, com história de hipertensão arterial de difícil controlo desde jovem, que recorreu à urgência por quadro com uma semana de evolução, de agravamento progressivo, caracterizado por alterações de comportamento, psicose, um episódio convulsivo inaugural e hipertensão arterial (233/100 mmHg), sugerindo encefalopatia hipertensiva como diagnóstico inicial. Após o controlo do perfil tensional, houve uma persistência do delírio persecutório e alucinações auditivo-visuais, sendo que o estudo complementar excluiu doença cerebrovascular aguda, doenças infeciosas/autoimunes e patologia psiquiátrica. Contudo, o estudo imagiológico documentou múltiplas lesões isquémicas e hemorrágicas crónicas de etiologia presumivelmente hipertensiva e paralelamente identificou-se atividade epileptiforme paroxística no lobo temporal esquerdo em electroencefalograma. Enquadrou-se a clínica em contexto de epilepsia temporal com psicose pós-ictal, de etiologia vascular hipertensiva, tendo havido reversão do quadro psicótico após a introdução de valproato de sódio.
O presente caso demonstra múltiplas complicações da hipertensão arterial não controlada, nomeadamente a epilepsia vascular e a encefalopatia hipertensiva. Assim, realça-se a importância da hipertensão arterial como etiologia em múltiplas entidades clínicas que cursam com alterações neurológicas, reforçando-se a necessidade de adequada marcha diagnóstica nestes doentes.

CO n.º 0846
Nem tudo o que parece... Hepatite É
Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);Hugo Pêgo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A doença inflamatória intestinal (DII), cujas entidades principais são a colite ulcerosa (CU) e a doença de crohn (DC), encontra-se associada a múltiplas manifestações inflamatórias que podem envolver outros sistemas extra-intestinais, entre as quais se inclui a doença biliar.
Mulher de 39 anos, melanodérmica, Angolana, residente em Portugal há 7 anos, autónoma. Saudável e medicada com contracetivo hormonal combinado oral. Sem hábitos tóxicos, sem contexto epidemiológico, sem viagens recentes. Internada para investigação de quadro de astenia, perda ponderal progressiva (17%) e diarreia com 3 meses de evolução. Diarreia caracterizada com mais de 6 dejeções por dia, moles a líquidas, por vezes noturnas, associada a cólicas abdominais moderadas nos quadrantes inferiores que aliviavam após evacuar e pontualmente com emissão de sangue vivo misturado nas fezes. Adicionalmente descrito prurido, sobretudo palmo-plantar, de agravamento progressivo desde há 3 meses. Analiticamente destaca-se anemia microcítica hipocrómica ferropénica, parâmetros de citocolestase hepática aumentados sem hiperbilirrubinemia e fosfatase alcalina aumentada. Do estudo infecioso realizado apura-se hepatite E em fase subaguda. O estudo autoimune realizado foi negativo e a calprotectina nas fezes foi positiva. A ecografia abdominal revelou espessamento pancólico com áreas de perda da estratificação da parede e perda das haustras. Realizou endoscopia digestiva alta sem alterações e colonoscopia com aspetos de colite ligeira inespecífica cuja biópsia revelou pancolite ulcerosa. Face aos achados realizou colangio-ressonância com sinais sugestivos de colangite esclerosante primária (CEP).
Destaca-se com este caso a complexidade na suspeição e abordagem dos doentes com DII pelo alargado espetro de manifestações. Apesar de rara, a CEP encontra-se frequentemente associada a CU. Embora o tratamento médico ou cirúrgico para a DII não modifique o curso da CEP, é importante a sua identificação para atuação atempada.

CO n.º 0850

Parkinsonismo vascular como mimético de AVC

Hugo Félix(1);Liliana r Santos(1);Maria José Pires(1);Lilia Savka(1);Pedro Figueiredo(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Carolina Santos(1);Catarina Gonçalves(1);Carolina Carreira(1);Marina Fonseca(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A semiologia clínica do acidente vascular cerebral (AVC) é vasta, expandindo o seu diagnóstico diferencial a múltiplas outras que mimetizam os diferentes défices neurológicos agudos. Estes quadros podem surgir com entidades tão diversas como tumores cerebrais ou outros estados neurológicos, situações infecciosas ou metabólicas, ou episódios psiquiátricos. É estimado que patologias miméticas de AVC constituam até cerca de 30% dos AVC diagnosticados no serviço de urgência.
Apresenta-se, precisamente, o caso de uma mulher de 75 anos, com o diagnóstico preliminar de AVC vertebrobasilar após um quadro de síncope, seguida de fala arrastada, sonolência, lentificação psicomotora, ataxia apendicular e da marcha. O estudo etiológico deste quadro (ecocardiograma, ECG-Holter e doppler dos vasos do pescoço) não apresentou alterações; a ressonância magnética cranioencefálica evidenciou apenas alterações microvasculares crónicas. Complementando estes dados, o seu exame físico revelando hipertonia e hipotensão ortostática associado a história de incontinência do esfíncter anal, estabeleceu como mais crível a hipótese diagnóstica de parkinsonismo vascular. Efetuou ainda EEG e exames endoscópicos do tubo digestivo que, igualmente, não apresentaram alterações. Foram excluídos neoplasia e/ou síndromes paraneoplasicos (via anticorpos anti-neuronais). Fez prova terapêutica com levodopa/carbidopa verificando-se atenuação sintomática, reforçando a presunção diagnóstica.
O parkinsonismo vascular apresenta sintomas clínicos inespecíficos. O seu diagnóstico diferencial requer neuroimagem evidenciando alterações vasculares, e uma boa resposta à terapêutica com levodopa/carbidopa como se verificou no seguimento deste caso. A sua incidência está ainda indeterminada, mas representa uma entidades mimetizantes de uma doença das mais prevalentes em Portugal. As entidades que mimetizam AVCs constituem um desafio diagnóstico sendo frequentemente difícil de distingui-las de AVCs reais.

CO n.º 0851
GESF Colapsante associada ao SARS COV 2: será?
Carolina Henriques(1)
(1) CH FUNCHAL-Marmeleiros

Tema: Doenças renais

INTRODUÇÃO: A glomeruloesclerose segmentar e focal colapsante (GESFC) é uma variante morfológica rara da GESF caraterizada pelo colapso segmentar e focal dos capilares glomerulares, hipertrofia e hiperplasia dos podócitos e doença tubulointersticial grave. É frequentemente encontrada na nefropatia associada ao VIH contudo pode ser idiopática e, atualmente, descrita na infeção por SARS COV 2 (SC2). O tratamento é desconhecido e tem mau prognóstico, com rápida evolução para doença renal terminal.
CASO CLÍNICO: Mulher, 70 anos, com hipertensão arterial, diagnosticada com COVID 19 2 semanas antes da ida à urgência. Admitida por astenia, diarreia e dispneia com 1 semana de evolução. À observação: vígil, polipneica, TA 188/78 mmHg, FC 110 bpm. Análises sem leucocitose, sem neutrofilia, Hb 8,5 g/dL, creatinina (Cr) 7,96 mg/dl e ureia 301 mg/dl, K 5,9mEq/L, PCR 18 mg/dl; Urina II com muitos eritrócitos; Gasimetria arterial com acidémia metabólica. Internada por Lesão Renal Aguda KDIGO 3 não oligoanúrica de etiologia a esclarecer. Do estudo: esfregaço sangue periférico sem alterações, proteínas totais 55,9 g/L, Colesterol 244 mg/dL, C3 109 mg/dl, C4 30,6 mg/dl, rátio proteinúria/creatinúria urinário 13,89, ANA positivo 1/320, ANCA positivo 1/160, tomografia computorizada renal/vias urinárias sem alterações e serologias VIH/CMV/EBV/ParvovírusB19/VHC/VHB negativas. Assumida Vasculite a ANCA e iniciou tratamento imunossupressor enquanto aguardava pelo resultado histológico da biópsia renal (BR). Contudo, a BR não foi concordante com a hipótese de vasculite e foi compatível com GESFC. Excluídas outras etiologias mais prováveis, assumido GESFC associado ao SC2. Por ausência de melhoria da função renal com a terapêutica imunossupressora, foi induzida diálise. Teve alta em programa crónico de hemodiálise.
CONCLUSÃO: A GESFC associada à infeção SC2 é uma entidade emergente desde o início da pandemia, com poucos casos descritos na literatura. Neste caso clínico, observou-se uma forte relação temporal entre a infeção e surgimento de sintomas com rápida evolução para doença renal terminal e necessidade de terapêutica de substituição da função renal. Este caso demonstra uma das manifestações mais graves da infeção SC2 a nível renal e a importância da realização de estudos prospetivos no tratamento desta entidade.

CO n.º 0856

Pericardite efusiva recorrente secundária a Ustecinumab?

Raquel m. Vieira(1);Paula Mesquita(1);João Diogo Faustino(1);Cláudia Rosado(1);Mónica Mata(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Outro

INTRODUÇÃO
A colite ulcerosa (CU) caracteriza-se por inflamação crónica da mucosa cólica com progressão proximal contínua. A artrite é a manifestação extraintestinal (MEI) mais comum, sendo as serosites raras. Em caso de resposta insatisfatória, intolerância/contraindicação ao tratamento convencional pode considerar-se o Ustecinumab, anticorpo anti-interleucinas 12/23. A pericardite efusiva (PE) secundária ao Ustecinumab não está descrita na literatura.
CASO CLÍNICO
Homem, 24 anos, com antecedentes de CU (em remissão clínica e analítica sob Ustecinumab) e de PE recente, recorreu ao serviço de urgência por cefaleias, mialgias, palpitações e toracalgia pleurítica com 2 dias de evolução. Apresentava febre na admissão e parâmetros analíticos inflamatórios elevados, Troponina I normal. Eletrocardiograma com alterações da repolarização e baixa voltagem. Ecocardiograma transtorácico (EcoTT) com boa função ventricular e derrame pericárdico (DP) circunferencial ligeiro. Foi internado para estudo. Excluídas infeções víricas e bacterianas. Autoimunidade inconclusiva. TC toraco-abdomino-pélvica com múltiplas formações ganglionares e sem lesões suspeitas de malignidade. Assintomático e já com DP vestigial, teve alta medicado com Prednisolona em desmame e Colchicina 0.5 mg/dia. A RMN cardíaca realizada em ambulatório sugeriu miocardite aguda/subaguda por inflamação ativa no segmento basal antero-lateral. Após discussão com Gastroenterologista Assistente suspendeu-se o Ustecinumab e iniciou Messalazina, tendo ficado proposto para terapêutica com Vedolizumab se ausência de controlo da CU. EcoTT de controlo mostrou resolução do DP.
DISCUSSÃO
Embora não estejam descritos na literatura casos de PE associados ao Ustecinumab, a relação temporal entre os episódios de PE e a administração deste fármaco faz-nos pensar nessa possibilidade. A PE como MEI de CU é pouco provável por doença controlada.

CO n.º 0888

O desafio diagnostico e terapêutico do Síndrome Osler-Weber-Rendu

Hugo Félix(1);Liliana r Santos(1);Raquel Boto(1);Carolina Monteiro(1);Pedro Figueiredo(1);Maria José Pires(1);Carolina Santos(1);Lilia Savka(1);Catarina Gonçalves(1);Alexandra Wahnon(1);Carolina Carreiro(1);Marina Fonseca(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução A telangiectasia hemorrágica hereditária, também conhecida como síndrome de Osler-Weber-Rendu, é uma doença rara hereditária vascular autossómica dominante caracterizada por telangiectasias com atingimento muco-cutaneo e/ou visceral (nomeadamente pulmonar, hepático, tracto gastrointestinal e sistema nervoso central), condicionando hemorragias recorrentes. e malformações artieriovenosas que resultam em quadros de discrasia hemorrágica. O diagnóstico é clínico e estabelece-se de acordo com os critérios de Curaçao.
Caso clínico Homem de 64 anos, com doença trombótica grave com necessidade de bypass axilo bi-femoral e história de hemorragia digestiva com necessidade de múltiplos internamentos e tratamentos endoscópicos. O doente foi internado por isquemia critica do membro inferior acompanhado por cianose punctiforme. Iniciou anticoagulação e dias depois tem quadro compatível com choque hemorrágico. Ao exame objetivo apresentava telangiectasias múltiplas nos lábios, mucosa oral e nariz. Com recurso a exames endoscópicos, incluindo colonoscopia, endoscopia digestiva alta e enteroscopia, foi possível observar múltiplas angiectasias do trato gastrointestinal. Laboratorialmente apresentava anemia (Hb 6.4gr/DL) e elevação do VIII (339%). Apurou-se ainda história famíliar de telangiectasias e hemorragia digestiva. O diagnóstico definitivo de telangiectasia hemorrágica hereditária foi posteriormente confirmada por estudos genéticos.
Os doentes com síndrome osler weber rendu com envolvimento gastrointestinal podem apresentar um amplo espectro de gravidade que pode variar de anemia Ferro penica não complicada ate hemorragia persistente e refratária. Discutimos neste caso a difícil abordagem terapêutica de um doente diagnosticado com patologia hemorrágica e com isquémia crítica orgânica e dos membros inferiores.

CO n.º 0897

Quadro psiquiátrico em Encefalite Autoimune

INES FONTES ALMEIDA PINTOR(1);Ana Paiva Santos(1);João Oliveira(1);Daniela Meireles(1);Miguel Martins(1);João Faia(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher, 69 anos. Antecedentes: distimia, perturbação da personalidade histriónica, epilepsia. Medicação: Alprazolam 0,5mg id, Valproato 500mg 2id. Trazida à urgência por desorientação e alucinações no próprio dia. Alterações comportamentais e cefaleia (1 semana). Objetivamente: muito agitada, desorientada, não cumpria ordens, sem sinais meníngeos, exame neurológico normal; febre (38ºC). Analiticamente: elevação de parâmetros inflamatórios, valproato infra-terapêutico. SARS-COV negativo. Sumária de urina, radiografia tórax, tomografia computorizada crâneo-encefálica (TC CE) normais. Quadro psicótico agudizado - Internada na Psiquiatria. Durante o internamento: crise tónico-clónica generalizada e febre mantida. Transferida para a Medicina Interna. Objetivamente: prostrada, sonolenta, não colaborante, emitia gemidos quando estimulada, rigidez da nuca, hemiparesia direita. Mantinha elevação de parâmetros inflamatórios, procalcitonina normal. Hemocultura/urocultura negativas. Punção lombar: citoquímico normal. Repetiu TC CE, Ecocardiograma, TC tóraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) normais. Ressonância magnética CE a sugerir encefalite. Eletroencefalograma: padrão encefalopático, sem descargas periódicas. Repetiu punção lombar: citoquímico normal, pesquisa de vírus negativos. Anticorpos anti-receptor N-metil-D-aspartato (R-NMDA) positivos no soro e liquor. Restante estudo auto-imune negativo. Diagnóstico de encefalite autoimune por anticorpos anti R-NMDA. Iniciou imunoglobulina. Pela associação frequente com síndromes paraneoplásicos, foi excluída neoplasia (endoscopia alta, colonoscopia, TC-TAP, mamografia, avaliação ginecológica). Melhoria clínica e analítica, com recuperação lenta dos défices neurológicos. Transferida para unidade de cuidados continuados para reabilitação. Com uma apresentação clínica variável, a encefalite anti R-NMDA constitui um desafio diagnóstico, que facilmente pode ser confundido com doença psiquiátrica. Este caso é importante, já que alerta para a necessidade de identificação e tratamento precoce desta causa reversível de défice cognitivo.

CO n.º 0904

Síndrome Hemofagocítico em doente com Linfoma de Não Hodgkin

JOANA VIEIRA(1);João Filipe Afonso(1);Rafael Oliveira(1);Priscila Melo(1);Mariana Simão Magalhães(1);Ana Cristina Teotónio(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças hematológicas

O síndrome hemafagocítico é um estado de resposta inflamatória severa e descontrolada, caracterizado por uma tempestade de citocinas . É uma entidade rara e com elevada taxa de mortalidade, requer elevado grau de suspeita clínica pelo seu conjunto de sinais e sintomas inespecíficos, entre os mais frequentes, febre, citopenias, hepatoesplenomegalia com evolução para falência multiorgânica e morte. Afeta 1% dos adultos com neoplasia hematológica.
Caso Clínico: Homem de 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia é transportado ao SU por dor abdominal, obstipação, astenia, anorexia e perda ponderal de 6kg com um mês de evolução. Ao exame objectivo apirético, eupneico em ar ambiente, normotenso, normocárdico, adenopatia cervical esquerda e abdómen pouco depressível e doloroso à palpação no epigastro e mesogastro. Analiticamente apresentava 3, 50 x 10^3 /ul leucócitos, 12,8 g/dl hemoglobina, 104 x10^3/ul plaquetas , 2449 U/L LDH e 17,1 mg/dl PCR, em TC abdominal volumoso conglomerado adenomegalico com 12x6 cm de maior eixo em topografia retroperitoneal e adenomegalias mediastinicas dispersas. É internado para o estudo de doença linfoproliferativa, enquanto aguarda excisão de gânglio cervical inicia febre e evolução analítica desfavorável com 1,70 x10^3 ul leucócitos sem neutrofilia, 11,6 g /dl hemoglobina, 68 x 10 ^3/ul plaquetas , 312 mg/dl triglicéridos, 5 702 U/L LDH , 37,2 mg/dl PCR , 27 866 ng/ml ferritina, perante provável síndrome hemafagocítico e a imperiosidade do início de pulsos de corticoterapia foi realizada biopsia de gânglio cervical emergente para o início seguro do tratamento sem que se prejudicasse o diagnóstico que posteriormente veio a confirmar LNH do tipo folicular.
Conclusão: O Síndrome hemofagocítico no adulto apresenta uma taxa de mortalidade entre 42 e 75 %, o doente apresentava alguns dos fatores de risco para pior prognóstico, sexo masculino, presença de neoplasia, idade avançada, trombocitopenia, hiperferritinemia e leucopenia, apesar da gravidade clínica o doente respondeu favoravelmente à corticoterapia e foi proposto para realização de quimioterapia com R-CHOP.

CO n.º 0907

Anterior spinal cord infarction – rare case with Hypertriglyceridemia and Antiphospholipid Syndrome

Sílvia Ferreira(1);Ângelo Fonseca(1);Filipe Correia(1);Joana Cunha(1);Mariana Taveira(1)
(1) ULSMatosinhos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introduction: Spinal cord infarction (SCI) is a rare vascular event accounting for one percent of all strokes. Neurological syndromes may vary according to the arterial territory involved. This condition may differ in onset, severity and recovery, making it a diagnostic challenge for clinicians. Diagnosis is made on a clinical basis and neuroimaging (MRI) provides confirmatory evidence.

Clinical case: A 72-year-old male, with a medical history of overweight, hyperuricemia, dyslipidemia and cigarette smoking, presented to our emergency department with sudden onset leg weakness. He reported chest pain with radiation to the back, followed by sudden arms and legs weakness, evolving to inferior limbs plegia. He also noticed a loss of sensation below the breast region. On admission, vital signs were stable. Neurological examination demonstrated paraplegia of inferior limbs with absent deep tendon reflexes. Both pinprick, vibrational and proprioceptive sensitivities were absent below D6. Diagnostic workup revealed lactescent serum and severe hypertriglyceridemia. A clinical diagnosis of acute medullary ischemia was made, which was later confirmed with MRI demonstrating an acute ischemic lesion in the anterior spinal artery with the “owl eyes” sign, from D5 with extension to the cone”. Neurological examination remained unaltered. He started aspirin and insulin perfusion. Further investigation was positive for lupus anticoagulant, suggesting the diagnosis of Antiphospholipid Syndrome (APS) but started, nonetheless anticoagulation therapy.

Discussion: SCI is a rare cause of paraplegia. Clinicians ought to have a high level of suspicion, recognizing the neurological syndrome and establishing a prompt diagnosis. To our knowledge, this is a rare case combining SCI with hypertriglyceridemia and APS. We aim to emphasize the characteristic MRI findings and the wealth of possible etiologies contributing to this clinical entity.

CO n.º 0917

Edema bradicininérgico após Tenecteplase

Rui m. Domingues(1);Teresa Brito(2);Joana Ribeiro(3);Bárbara Martins(2);João Vilaça(2);Ana Pastor(2);Guilherme Gama(2);Luísa Fonseca(2);Jorge Almeida(2)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE (3) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O angioedema orolingual é uma complicação descrita em 2% dos doentes submetidos a trombólise endovenosa com alteplase, sendo mais prevalente nos doentes medicados com inibidores da enzima conversora da angiotensina. Contudo, a incidência desta complicação nos doentes submetidos a terapêutica com tenecteplase não é conhecida, com descrição apenas de casos pontuais aquando tratamento da isquemia aguda do miocárdio.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 89 anos, mRankin prévio de 1, com antecedentes de hipertensão arterial sob lisinopril, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, excesso ponderal e AVC isquémico prévio (2020) em território da ACM direita de etiologia indeterminada. Admitida no serviço de urgência por quadro de agitação, afasia global e diminuição da força no hemicorpo direito de início súbito, com duas horas de evolução; à admissão com NIHSS 19. Na TC cerebral com estudo angiográfico com oclusão da artéria basilar. Submetida a trombólise com tenecteplase para um peso de 90Kg. Após a administração do fármaco, encontrava-se polipneica, com respiração ruidosa, edema da face e língua, tendo sido decida intubação orotraqueal (IOT), que manteve por 7 dias pela gravidade do edema. Dado o contexto clínico, assumido como diagnóstico mais provável angioedema bradicininérgico mediado por Tenecteplase. Após controlo clínico, submetida a trombectomia, tendo tido alta posteriormente sem sequelas, com NIHSS de 1 (paresia facial central), com indicação para suspender lisinopril.
Discussão: O presente caso pretende alertar para uma complicação rara, não descrita previamente, da tenecteplase endovenosa. O seu aparecimento não invalida a utilização deste fármaco, por se tratar de um tratamento potencialmente life-*saving*, e cujo angioedema associado se pode controlar com um fármaco específico – icatibanto - e não apenas com o tratamento utilizado no angioedema imunomediado.

CO n.º 0920

Síndrome de lise tumoral associado a hipercalcemia

Mariana Silveira Ramos(1);Inês Ferraz de Oliveira(1);Paulo Ramos(1);Andreia Curto(1);Miguel Póvoas(1);Alice Rodrigues(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Síndrome de Lise Tumoral (SLT) e hipercalcemia maligna são duas emergências oncológicas e requerem intervenção imediata. SLT é frequente após iniciar terapêutica citotóxica para neoplasias hematológicas com elevada carga tumoral, embora em casos raros ocorra de forma espontânea antes de se iniciar tratamento. SLT laboratorial define-se pela presença de hiperuricemia, hipercaliemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. SLT clínica caracteriza-se pela presença da SLT laboratorial acompanhada do aumento da creatinina sérica (sCr), arritmia/morte súbita ou convulsões.
Caso clínico: doente do género masculino, 50 anos, com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-1 há 20 anos, sem nunca ter atingido supressão viral completa. Apresenta-se com perda ponderal de 10kg, astenia, dor na grelha costal, bacia e membros com um mês de evolução e posteriormente aparecimento de tumefacção mandibular esquerda indolor associada a paralisia facial periférica. Das análises sanguíneas destacam-se creatinina sérica 1.99mg/dL, potássio 3.81mmol/L, fósforo 5.8mg/dL, cálcio total 15.7md/dL e ácido úrico 14.7mg/dL. A tomografia computorizada de crânio e corpo mostrou focos hipodensos no esfenóide, fractura patológica da mandíbula com envolvimento de partes moles, adenopatias cervicais bilaterais e incontáveis lesões ósseas líticas do esqueleto axial e apendicular. Admitiu-se SLT com 2 critérios laboratoriais (hiperuricemia e hiperfosfatemia) e 1 critério clínico (lesão renal aguda), tendo iniciado tratamento com hidratação intensa e rasburicase. Por apresentar contraindicação relativa para a primeira linha terapêutica da hipercalcemia – bifosfonatos – pela insuficiência renal, fez denosumab, com redução da calcémia até 4.5mg/dL. A biópsia de lesão mandibular revelou um Linfoma Não-Hodgkin de Grandes Células B estadio IV-B.
Conclusão: Caracteristicamente SLT apresenta-se com hipocalcemia, embora em casos como o descrito, com extensas lesões ósseas líticas possa cursar com hipercalcemia. SLT e hipercalcemia maligna estão associadas a elevada mortalidade e devem ser rapidamente identificadas e tratadas.

CO n.º 0975

Neuropatia por défice de Vitamina B12 em relação provável com terapêutica prolongada com Metformina

Jorge Governa(1);Inês Martins(1);Dulce Bonifácio(1);Yenny Anzola(1);Liliana Simões(1);Lina Rosário(1);Ana Costa(1);Ivone Barracha(1);Rosa Amorim(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A Vitamina B12 (VitB12) é um cofator essencial na síntese de ADN, cujo défice se associa a um quadro de anemia, alterações cognitivas e neuropatia periférica. É conhecida a relação entre a metformina e a mal absorção intestinal de VitB12. O presente caso clínico ilustra as possíveis sequelas neurológicas decorrentes do défice de VitB12, num doente cronicamente medicado com metformina.
Caso Clínico: Homem de 71 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) medicado desde há 20 anos com metformina. Autónomo até um mês antes do internamento, quando inicia alteração da marcha por diminuição da força dos membros inferiores. Por deterioração progressiva do estado de consciência e perda da marcha foi admitido no serviço de urgência. À admissão apresentava desorientação têmporo-espacial e tetraparésia de predomínio crural. Hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca e pulmonar normais. Analiticamente destacava-se anemia macrocítica e elevação da PCR. Realizou TC-CE, sem alterações relevantes. Realizou punção lombar (PL) cujo estudo bioquímico, citológico e microbiológico do LCR revelou-se normal. Verificou-se rápida degradação do estado de consciência, com Glasgow de 4, motivando transferência para UCI. Repetiu punção lombar, com LCR negativo para bandas oligoclonais, anticorpos anti-neuronais citoplasmáticos, anticorpos anti-membranares (NDMA, LGI1, CASPR2, AMPA, GABA A e B, GAD) e imunofenotipagem normal. Realizou RM-CE com sinais de atrofia mesencefálica; EEG, EMG e RM medular sem alterações relevantes. O estudo metabólico revelou VitB12 não doseável. Excluiu-se anemia perniciosa e realizou biópsia do íleon sem evidência de enteropatia. Fez reposição parentérica de VitB12 com melhoria do estado de consciência, mantendo os défices motores. Teve alta ao 48º dia de internamento para consulta de Medicina. Evoluiu com progressivo agravamento cognitivo e manutenção da tetraparésia.
Discussão: A DM2 de longa data medicada com metformina, sem controlo regular dos níveis de VitB12, contribuiu para um défice grave da mesma, determinando o quadro neurológico descrito. A propensão para o desenvolvimento de neuropatia periférica no doente diabético reforça a importância do doseamento de VitB12, sobretudo em situações de terapêutica prolongada com metformina.

CO n.º 0978

Repercussões da pandemia a SARS-CoV-2 num doente com adenocarcinoma colo-rectal

Jorge Governa(1);Marina Coelho(1);Dulce Bonifácio(1);Liliana Simões(1);Carla Henriques(1);Ana Costa(1);Rosa Amorim(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O rastreio de cancro colo-rectal (CCR) permite a deteção da doença em estadios precoces, determinando melhor prognóstico se assegurado um acompanhamento adequado. O doente apresentado neste caso clínico nunca realizou rastreio de CCR e a possibilidade de diagnóstico da sua doença em estadio sub-clínico foi condicionada pela ausência prolongada de acompanhamento médico, face ao condicionamento pandémico.
Caso Clínico: Homem de 56 anos, antecedentes de tabagismo (40 UMA), gastrite crónica e internamento em 2019 com anemia grave por défice de Vitamina B12, com alta referenciado para consulta de Medicina. Face à pandemia a SARS-CoV-2, foi reobservado presencialmente apenas em Maio de 2022, referindo perda ponderal significativa (12Kg em 6 meses), astenia, alterações visuais, diminuição da força muscular e parestesias no hemicorpo direito, com desequilíbrio e alterações na marcha. Neste contexto, solicitou-se estudo imagiológico e endoscópico. Face aos achados da avaliação imagiológica, foi encaminhado ao Serviço de Urgência. À observação, emagrecido, IMC de 20 kg/m2, hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, com hemiparésia direita de predomínio crural e desequilíbrio na marcha. A TC-CE evidenciava lesões ocupantes de espaço intra-axiais, de possível natureza neoformativa. Analiticamente com anemia macrocítica, discreta leucocitose, aumento da LDH e défice de Vit B12. A TC de corpo evidenciava metastização pulmonar com padrão em largada de balões, metastização hepática, supra-renal e espessamento parietal heterogéneo e segmentar na transição do cólon sigmóide para o recto correspondente a neoplasia rectossigmóide. Ficou internado para prossecução de estudo. Fez estudo endoscópico com biópsia da lesão descrita. Admitiu-se neoplasia rectossigmóide primitiva em estadio IV. A biópsia revelou tratar-se de adenocarcinoma da transição rectossigmóide.
Discussão: O rastreio atempado do CCR determina melhor prognóstico da doença. Neste doente, a interrupção do acompanhamento médico após o primeiro internamento, em virtude do condicionamento imposto pela pandemia a SARS-CoV-2, contribuiu para o diagóstico em estadio avançado da doença e prognóstico associado.

CO n.º 0981

Púrpura trombocitopénica trombótica: diagnóstico raro, mas urgente

Ana Tojal(1);Luciana Silva(1);Paula Ferreira(1);Joana Mascarenhas(1);Sara Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) é caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e eventos trombóticos, cuja apresentação clínica é variável e de acordo com os locais de atingimento das lesões.
Caso clínico: Mulher, 84 anos, mRankin 1, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por disartria e afasia de expressão com uma hora de evolução. Tinha antecedentes de fibrilhação auricular e de AVC isquémico há cinco anos, sem sequelas. À admissão hospitalar descrita afasia de expressão. Realizou TAC crânio-cefálico à admissão e às 24h, que não mostraram alterações agudas. Do restante estudo realizado no SU salienta-se: bicitopenia (Hg 8,6g/dL e plaquetas de 10 000), lesão renal, LDH aumentada e hiperbilirrubinemia indirecta. Internada para continuação de cuidados e estudo etiológico. No segundo dia de internamento apresentou hemiparésia, desvio da comissura labial à direita e desvio do olhar para a esquerda. Realizou angio-TAC cerebral e dos vasos supra-aórticos, que excluiu evento vascular agudo. Colheu análises, que revelaram diminuição da haptoglobina, prova de Coombs negativa e numerosos esquizócitos no esfregaço de sangue periférico. Admitida hipótese de PTT, iniciou corticoterapia e colheu pesquisa de atividade do gene ADAMTS 13, confirmando-se elevação do título de anticorpo anti-ADAMTS13 e ausência de atividade do gene. Durante a primeira sessão de plasmaferese apresentou depressão do estado de consciência, objetivando-se hematoma subdural frontotemporoparietal direito agudo. Apesar da melhoria clínica, por persistência de trombocitopenia após seis sessões de plasmaferese, iniciou Rituximab. Teve alta com resolução total dos défices neurológicos e normalização do valor de plaquetas.
Conclusão: A PTT é uma entidade rara, com apresentação clínica heterogénea e potencialmente fatal. Assim, perante a presença de trombocitopenia, anemia e eventos trombóticos deve sempre considerar-se o diagnóstico.

CO n.º 1003

Alterações comportamentais em doente com ADPM - um desafio diagnóstico

José Miguel da Silva Alves(1);Ana Cristina da Mota Magalhães(1);Maria do Carmo Macário(1);Armando Malcata(1);Ana Sofia Morgadinho Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As alterações do comportamento em doentes com atraso global do desenvolvimento psicomotor (ADPM) são um verdadeiro desafio para qualquer clínico. Com esta apresentação pretendemos engrandecer a importância de uma anamnese detalhada para o estabelecimento de um diagnóstico clínico e o seu consequente impacto no prognóstico e qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 27 anos com ADPM é trazida ao serviço de urgência (SU) por recusa alimentar, episódios de ausência diários, heteroagressividade e queixas de cefaleias com 6 dias de evolução. Ao exame neurológico destacava-se a presença de papiledema bilateral. Nos exames imagiológicos verificou-se a presença de edema cerebral difuso e múltiplas calcificações dispersas em ambos os hemisférios cerebrais, rodeadas por componentes teciduais que realçavam após contraste. Após a administração de corticoterapia, a doente apresentou evolução clínica e imagiológica favoráveis, com resolução do edema cerebral. No internamento, foi realizada uma anamnese detalhada que permitiu constatar a ocorrência de uma infeção do sistema nervoso central ao 12º dia de vida, a presença de indícios de microcalcificações dispersas pelo parênquima cerebral numa RMN-CE realizada no primeiro ano e que há 4 anos ficara internada aos cuidados da Reumatologia por poliartrites intensas, com serologia compatível com Febre Q aguda e em que fora levantada a possibilidade de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). No nosso internamento verificou-se a presença de Anticorpos Anti-Nucleares (1:1280) e Anticorpos Anti-ds-DNA positivos. Concluímos que as calcificações intracranianas eram resultado de uma provável infeção congénita e que o edema cerebral correspondia ao atingimento do sistema nervoso central do LES. Após a introdução de hidroxicloroquina, a doente mantém-se sem alterações comportamentais e sem sinais clínicos e/ou imagiológicos de hipertensão intracraniana /edema cerebral.
Discussão: A colheita de uma anamnese detalhada é essencial para o estabelecimento de diagnóstico e uma boa prática clínica, sobretudo em doentes com dificuldade em exprimir os seus sintomas.

CO n.º 1012

Osteopetrose tipo II autossómica dominante - identificação de uma nova mutação

Sara Moutinho-Pereira(1);Isabel Monteiro(1);Liliana Carneiro(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças raras

Introdução: A Osteopetrose autossómica dominante, também conhecida como Doença de Albers-Schönberg, é uma doença rara em que o osso adquire uma densidade elevada, tornando-se quebradiço, o que resulta em fraturas frequentes. O gene implicado nesta patologia é o que codifica o canal de cloro CLCN7, estando descritas até ao momento 99 mutações.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de um jovem de 22 anos, saudável, referenciado à consulta de Medicina Interna por lombalgias de características mecânicas com 4 meses de evolução. Negava artrite, alterações dérmicas, febre ou queixas sistémicas. A história familiar era irrelevante. O conjunto dos dados da história, da observação e dos exames complementares fez levantar a suspeita de se tratar de uma doença óssea displásica hereditária. Radiologicamente as manifestações eram muito características: apresentava hiperdensidade óssea generalizada mais acentuada na base do crâneo e nas arcadas supra-orbitárias (“sinal da máscara”), imagens características de “osso-dentro-de-osso” nos ossos társicos, falanges, corpos vertebrais e nos ossos ilíacos e espessamento das placas terminais das vértebras conferindo-lhes o aspecto típico “em sandwich”.
Foi conhecido o resultado do estudo genético, que revelou uma mutação c.2252-11_2260del (p.?)-intrão 23 no gene CNCL7, em heterozigotia que resulta na deleção de 21 bases entre as posições 2251-11 e 2260, resultando provavelmente no skiping do exão 24. Esta mutação não tinha ainda sido descrita na literatura, no entanto, como se prevê que tenha grande impacto na proteína, foi considerada variante patogénica. A mãe do probando apresentava a mesma mutação e alterações radiológicas características. Estão em curso contactos para estudo clínico e genético dos familiares directos os quais permitirão o estudo da segregação da mutação.
Discussão: A mutação encontrada nesta família, ainda não descrita na literatura, resultou no desenvolvimento de osteopetrose autossómica dominante. Os três doentes afetados desenvolveram alterações radiológicas patognomónicas desta patologia, não havendo registo de fraturas patológicas até ao presente.

CO n.º 1043
Estadio IV Raro
Anabela de Carvalho(1);Daniela Pereira(1);Inês Neves(1);Margarida Rocha(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças oncológicas

Os sarcomas são um grupo raro de tumores malignos de origem mesenquimal que compreendem <1% de todas as neoplasias malignas. Cerca de 80% dos novos casos de sarcoma têm origem nos tecidos moles.
Mulher, 47 anos, enviada ao Serviço de Urgência após realização de ecografia abdominal a documentar lesões nodulares hepáticas. Referia lombalgia direita com 3 meses de evolução, associado epigastralgia, sem sintomas B. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica (10.3g/dL). Realizou tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica com: “densificação focal justapleural, opacidades reticulares à periferia e alguma densificação em vidro despolido circundante no lobo inferior direito. Fígado com várias imagens nodulares hipodensas predominando no lobo esquerdo (maior 5,3cm), no lobo direito atingindo 4cm, sugerindo metastização hepática. Nos planos posteriores ao lobo direito do fígado e anterior ao rim, massa heterogénea com algumas áreas hipodensas centrais, diâmetro transverso 10cm, extensão longitudinal 13cm, envolvendo a glândula suprarrenal, traduzindo massa neoformativa com ponto partida a este nível/conglomerado adenopático”. A doente ficou internada ao cuidado da Medicina Interna para estudo.
Estudo analítico realizado (marcadores tumorais, complemento, imunoglobulinas, beta-2 microglobulina e eletroforese de proteinas) sem alterações. Ecografia da tiroide e mamária, mamografia e estudo endoscópico sem alterações. Excluida patologia neoplásica ginecológica. Realizou biópsia dirigida à lesão hepática, com histologia compatível com metástase de sarcoma (leiomiossarcoma versos sarcoma sinovial). No mesmo dia realizou tomografia por emissão de positrões a documentar: “vários nódulos dispersos no fígado com avidez intensa relacionados com metastização hepática. Volumosa massa abdominal na região do hipocôndrio direito e flanco direito, com avidez intensa, suspeita de lesão maligna. Áreas de densificação subpleural no lobo inferior do pulmão direito e formação nodular na região hilar do pulmão direito, com avidez ligeira a moderada". A doente foi referenciada para IPO por Sarcoma em estadio IV.
Este caso demonstra a importância de equacionar o diagnóstico diferencial de sarcoma, apesar da sua baixa prevalência, para que o doente possa ter uma orientação mais célere possível.

CO n.º 1044

Complicação trombótica de tratamento com análogos da trombopoietina – um desafio terapêutico

Catarina Pestana Santos(1);Bruno Gonçalves de Sousa(1);Fernanda Vargas(1);Tiago Judas(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) caracteriza-se por uma trombocitopenia adquirida causada por autoanticorpos contra antigénios plaquetários e é uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos assintomáticos. Os análogos da trombopoietina (AT) são uma alternativa eficaz de tratamento em pacientes com PTI refratária, geralmente seguros.
Caso Clínico: Homem, 67anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, insuficiência venosa bilateral e hepatite B crónica; PTI refractária a corticoterapia. Iniciada terapêutica com AT com boa resposta analítica, no entanto complicado por episódio de trombose venosa profunda bilateral (TVP). Iniciou terapêutica anticoagulante com rivaroxabano tendo-se verificado agravamento gradual de trombocitopenia, com necessidade de interrupção intermitente de terapêutica anticoagulante e substituição por heparina de baixo peso molecular por melhor tolerância hematológica. Proposto para esplenectomia, inicialmente recusada, tendo iniciado rituximab, igualmente sem resposta hematológica satisfatória. Após 3 meses de tratamento anticoagulante o doente foi submetido a esplenectomia, verificando-se recuperação gradual da contagem plaquetária, actualmente normalizada. Verificou-se ainda reperfusão total de TVP.
Conclusão: Com este caso, os autores alertam para o risco trombótico associado ao tratamento com AT que, em doentes com PTI graves, pode condicionar complexidade na abordagem do tratamento das complicações trombóticas.

CO n.º 1083

Hemocromatose hereditária e as suas complicações

Catarina Vale(1);Joaquim Faria Monteiro(1);Cátia Oliveira(1);Helena Reis(1);Filipa Gomes(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hemocromatose hereditária é uma doença genética comum na Europa, 1 em cada 150-300 pessoas são mutantes homozigotos. A penetrância da doença é baixa, apenas 1 em cada 10 destes indivíduos desenvolvem sobrecarga de ferro. Apesar de não haver diferenças na prevalência entre sexos, os homens tendencialmente desenvolvem doença mais severa e em idade mais precoce.
Homem de 59 anos, fumador, antecedentes de diabetes mellitus diagnosticada aos 26 anos e bem controlada com antidiabéticos orais, retinopatia proliferativa e múltiplas fraturas ósseas (colo fémur direito, L1, L3, L4) em contexto de queda no último mês. Internado eletivamente para tratamento cirúrgico de hemovítreo diabético e posteriormente transferido para o Serviço de Medicina Interna por enfarte cortico-subcortical temporo-parietal direito. Durante o estudo, foram documentados défice de vitamina D e hipocalcemia, com PTH e cálcio urinário normais, VS 83 mm/1ªh, Ferritina 3079.3 ng/mL, proteinograma não sugestivo de gamopatia monoclonal, ecocardiograma com dilatação biauricular e hipertrofia concêntrica ventricular esquerda, TC sem alterações do parênquima pulmonar, mas com fratura subaguda da omoplata esquerda e fígado hiperdenso sugestivo de patologia infiltrativa. Pedida densitometria óssea, RMN hepática e gene HFE neste contexto que revelaram osteoporose, cirrose hepática de aspecto infiltrativo e mutação do gene C282Y (mutante homozigoto) – Hemocromatose hereditária tipo 1, respetivamente. Iniciou suplementação com vitamina D e ácido ibandrónico, bem como programa de flebotomias semanais. Os seus familiares diretos foram contactados e propostos para rastreio da cinética de ferro e possivelmente genético.
Este caso clínico não só exemplifica algumas das complicações da hemocromatose (diabetes, osteoporose, atingimento hepático e provavelmente cardíaco) como sublinha a importância do rastreio dos familiares a fim de evitar estas complicações nos mesmos.

CO n.º 1084

Ascite quilosa – uma complicação rara da malignidade

Catarina Vale(1);Cátia Oliveira(1);Teresa Brito(1);Carolina Guimarães(1);Filipa Gomes(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

A ascite quilosa é um fenómeno raro (1 em cada 20000 internamentos). A malignidade é uma das três causas predominantes em doentes adultos.
Homem de 72 anos, com antecedentes de adenocarcinoma do cólon pT4bN2bR0 sob quimioterapia de segunda linha, esofagite péptica, gastrite H. pylori positiva e adenocarcinoma da próstata em 2012. Encaminhado ao Serviço de Urgência pelo oncologista assistente por quadro de náuseas e vómitos, ascite de grande volume, edema dos membros inferiores e LRA (Cr 1.5 >> 3 mg/dL), melhorada após fluidoterapia (Cr 1.0 mg/dL). Apurada toma de tapentadol de 8 em 8 horas, que a equipa médica assistente desconhecia, como causa para vómitos, resolvidos após a sua suspensão. Realizada paracentese diagnóstica com saída de conteúdo leitoso. A bioquímica e a citologia confirmaram ascite quilosa (células totais 557/uL com predomínio de linfócitos 59%, triglicerídeos 681 mg/dL, SAAG 0.9 g/dL) e carcinomatose peritoneal, respetivamente. O doente foi orientado para consulta de Cuidados Paliativos com acompanhamento por Nutrição para restrição de gorduras, em particular triglicerídeos de cadeia longa.
Este caso relembra a existência desta rara entidade (ascite quilosa) em contexto de uma das causas mais frequentes (malignidade) e salienta algumas particularidades da sua gestão.

CO n.º 1093

Acidose Láctica Associada à Metformina no doente idoso - que opções?

Rita Matos Sousa(1);Ana Filipa Cunha Martins(1);Mónica Dias(1);Maria João Regadas(1);Carlos Capela(1);Joana Morais(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A acidose láctica associada à metformina (MALA) é rara mas potencialmente fatal. A MALA normalmente necessita de um evento desencadeador como a lesão renal aguda (LRA) ou uma infeção para se instalar. Este tipo de situações são mais comuns em doentes idosos, cujo impacto da MALA pode ser severo e pode conduzir à morte.
Caso Clínico: Mulher de 89 anos, dependente, vida de relação reduzida, com antecedentes de HTA, DM tipo 2 (medicada com metformina 500mg bid), FA e ITUs de repetição, recorreu ao SU por prostração e anúria há 1 semana. Encontrava-se sonolenta, hipotensa, taquicárdica e congestiva. Na gasimetria: pH 7.245, pCO2 14.2 mmHg, HCO3- 6.0 mEq/L, anion gap 22.1 mmol/L e lactato 11,68 mmol/L. Apresentava coagulopatia (INR 4.8), LRA (creatinina 5,4mg/dL) e critérios de ITU. Foi considerado um caso de MALA a condicionar choque com disfunção multi-orgânica mas, devido aos antecedentes, não foi admitida para TSR. Por não responder a fluidoterapia intensa, iniciou vasopressores que foram suspensos por agravamento severo da perfusão periférica. Manteve-se com fluidoterapia, iniciou antibiótico e foi internada. Durante o internamento, apresentou melhoria da coagulopatia e da disfunção cardiovascular. A função renal melhorou ligeiramente mas não houve reversão do estado neurológico. O edema foi agravando e evoluiu para anasarca com hiponatremia hipervolemica consequente. A doente faleceu ao 19º dia de internamento.
Discussão: A toxicidade por metformina deve ser considerada em qualquer doente com DM tipo 2 que apresenta acidose láctica severa. Idosos dependentes de terceiros estão especialmente sujeitos a esta entidade e podem não ser elegíveis para tratamento de substituição renal. Na prática clínica, devemos alertar os cuidadores de possíveis sinais de alarme e realizar controlo analítico apertado de forma a prevenir situações graves e terminais, com poucas opções terapêuticas.

CO n.º 1095

Infeção por Raoultella ornithinolytica: um novo agente nos nossos hospitais

Catarina Reigota(1);Cátia Barra(1);João Frade(1);Filipe Vilão(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O género Raoultella foi estabelecido em 2001. A Raoultella ornithinolytica é um microrganismo gram-negativo da família das Enterobacteriaceae, conhecido por causar infeções oportunistas em indivíduos imunocomprometidos (diabetes mellitus, oncológicos, transplantados de órgão sólido ou sob terapêutica imunossupressora). Embora na maioria das vezes se considere como bactéria nosocomial, existem cada vez mais relatos de infeção em indivíduos saudáveis ou de infeções adquiridas na comunidade.
Pode causar diferentes tipos de infeções localizadas, sendo que em casos mais graves pode ocorrer sépsis ou choque séptico, apresentando uma mortalidade de 20% (34-44% se bacteriémia).
Com utilização da técnica MALDI-TOF MS a sua identificação tornou-se mais rápida e precisa, permitindo uma melhor deteção da mesma.
A literatura relata uma crescente resistência antibiótica, apresentando-se intrinsecamente resistente a penicilina, sendo um desafio o seu tratamento.

Objetivo:
Caracterizar os doentes com infeção por Raoultella ornithinolytica: características clínicas e microbiológicas, tratamento e outcome.

Material e métodos:
Estudo retrospectivo transversal unicêntrico dos doentes com infeção por Raoultella ornithinolytica realizado através da recolha de dados clínicos e demográficos fornecidos pelo serviço de Patologia Clínica dos doentes com identificação deste microrganismo em culturas de 01-01-2021 a 31-12-2021.

Resultados:
Foram identificados 63 doentes com isolamento de R. ornithinolytica, entre 2 semanas e 95 anos (média 67 anos), sendo a maioria do género masculino (54%). Cerca de 36 isolados foram patogénicos e os restantes assumidos como colonização. As infecções do trato urinário foram as mais prevalentes (50%), seguidas das infecções gastrointestinais (19%), da pele (13%), do trato respiratório (11%) e menos frequente bacteriémia (6%). A imunodeficiência foi reportada em 93% sendo a mais frequente a neoplasia (38%), seguida de diabetes, doença renal crónica, transplante de órgão sólido e a prematuridade. Dos isolados 100% eram resistentes a ampicilina (resistência intrínseca); 3,1% resistentes a piperacilina/tazobactam e 1,6% à amoxicilina/ ácido clavulânico. A maioria cumpriu antibioterapia com ciprofloxacina. A taxa de mortalidade foi de 12,7%.

Conclusões:

De acordo com os dados obtidos, trata-se de uma bactéria encontrada em vários tipos de infeção e transversal a todas as idades, prevalente em doentes com comorbilidades e/ou procedimentos invasivos. Embora ainda apresente um perfil de baixa resistência a antibióticos, a utilização de antibióticos de largo espectro de forma empírica em ambiente hospitalar poderá levar à alteração desta sua característica, sendo necessário o seu reconhecimento como agente patogénico. Serão necessários estudos mais alargados que comprovem a sua emergência como agente causador de infeção grave.

CO n.º 1111

Um caso de endocardite fúngica

Jéssica Abreu(1);Ema Leal(2);Ana Raquel Pinto(2);Juliana Magalhães(3);Helena Antunes(4);Marta Monteiro(5);Hélder Pinheiro(2);Sara Lino(2);Maria José Manata(2);Fernando Maltez(2)
(1) HOSP VILA FRANCA XIRA (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (4) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (5) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção fúngica da superfície endocárdica, de válvulas nativas, protésicas ou de dispositivos intracardíacos é incomum (1 a 6%) mas associa-se a elevada mortalidade. Ocorre predominantemente em doentes imunodeprimidos, com endocardites prévias, próteses valvulares ou submetidos a cirurgia recente. O agente etiológico mais frequente é *Candida spp*, com clínica insidiosa e diagnóstico desafiante. O tratamento mais eficaz é a abordagem cirúrgica aliado a terapêutica antifúngica.
Os autores relatam o caso de um homem, 80 anos, autónomo, com um quadro de sete dias de evolução de febre vespertina, calafrios e prostração. Antecedentes de prótese biológica aórtica por estenose com quadro de endocardite prévia; portador de *pacemaker* definitivo (PMD); doença renal crónica e diabetes *mellitus.*
No internamento foram colhidas hemoculturas e iniciou-se, empiricamente, vancomicina, gentamicina e ceftriaxona. Posteriormente, foi isolada *Candida metapsilosis* resistente ao fluconazol. Realizou ecocardiograma transesofágico (ETE) com "imagem sugestiva de vegetação 11,2 mm associada à sigmóide não coronária; e outra menor na sigmóide coronária direita; sem insuficiência valvular". Destaca-se ausência de leucocitose, PCR 69 mg/L e serologia para VIH negativa. Iniciou caspofungina e voriconazol e suspendeu antibioterapia.
Por persistência de hemoculturas positivas após um mês de tratamento, alterou-se terapêutica para anfotericina B lipossómica e flucitosina (esta suspensa após oito dias por toxicidade medular) com negativação das hemoculturas ao 15º dia. O caso foi discutido com Cirurgia Torácica que, perante a idade, múltiplas comorbilidades e ausência de insuficiência valvular, recusou intervenção cirúrgica. Substituiu-se PMD após seis semanas de terapêutica endovenosa.
Aquando da alta, clinicamente estável com redução das vegetações, a terapêutica foi alterada de anfotericina para itraconazol, para supressão crónica, e foi encaminhado para consulta de Infecciologia onde se apresentou sem agravamento clínico.
Assim, apesar da morbimortalidade aumentada em doentes com endocardite fúngica não operados, este caso traduz uma resposta favorável à terapêutica médica isolada, perante diversos fatores de risco e preditores de mau prognóstico.

CO n.º 1134

Síncope e hiperprolactinemia: uma associação improvável com causa rara.

Isabel Malta Carvalho(1);João Santos(1);Armindo Figueiredo(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Tema: Doenças raras

Introdução:
A ausência da artéria carótida interna é uma anomalia rara do desenvolvimento, com menos de 200 casos relatados na literatura. Geralmente é assintomática devido à circulação colateral, mas pode cursar com cefaleias, convulsões, acidente isquémico transitório ou aneurismas. Descrevemos um caso de agenesia carotídea diagnosticada no contexto de síncope, uma apresentação pouco descrita na literatura.
Caso clínico:
Uma mulher de 45 anos, com antecedentes de etilismo crónico e prolactinoma com abandono do seguimento há 20 anos, recorre à urgência por síncope, sendo objetivada anemia macrocítica com défice vitamínico. A doente refere lipotímias desde criança em contexto de esforço físico ou ansiedade, que resolviam após repouso. Pela hiperprolactinemia neste internamento, foi realizada uma RMN-cerebral que revelou ausência do sinal de vazio da artéria carótida interna esquerda e respetiva bifurcação, que sugeriu oclusão arterial. Uma vez que a doente nunca apresentou clínica compatível com este grau de oclusão, realizou-se EcoDoppler Arterial que revelou ausência da artéria carótida interna esquerda e AngioTC que confirmou este diagnóstico. Identificou-se ainda assimetria hipofisária com hipertrofia do lobo direito e captação intensa e homogénea pela hipófise, sem evidentes lesões expansivas intra-selares.
Discussão:
Estes achados sugerem-nos a agenesia da carótida interna associada à anemia como causa da hipoperfusão cerebral nesta doente, o que explica a síncope. A agenesia da carótida interna e a hiperprolactinemia sem alterações expansivas intra-selares sugerem-nos uma isquémia crónica hipofisária esquerda provocada pela hipoperfusão parcial da haste hipofisária.
O único caso reportado sobre uma possível associação semelhante consistiu numa hiperprolactinemia em doente com aneurisma da carótida interna a condicionar hipoperfusão da haste hipofisária por compressão externa. Apresentamos assim o único caso reportado na literatura de hiperprolactinemia e síncope por agenesia congénita da carótida interna.

CO n.º 1151

Clostridium innocuum: o lobo em pele de cordeiro

Filipa de Oliveira Nunes(1);Ana Grilo(1);Joana Isabel Marques(1);Catarina Santos(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
Clostridium difficile é o agente mais conhecido de diarreia associada a antibióticos, mas existem alguns outros que também devem ser considerados, entre eles um agente menos habitual que é o Clostridium innocuum.
Caso clínico
Senhora de 84 anos, com diarreia profusa com 2 dias de evolução, sem sangue. História de mieloma múltiplo, sob tratamento com lenalidomida, e internamento no mês anterior no qual realizou ciclo de 3 semanas de piperacilina-tazobactam. Na observação desidratada e hipotensa, com extremidades frias, cianose labial e periférica. Abdómen doloroso à palpação do flanco e fossa ilíaca esquerda.
Gasimetria com insuficiência respiratória parcial, hipernatremia, hipocaliemia e hiperlactacidemia (8.3). Análises com aumento dos parâmetros inflamatórios. Assumindo choque misto (hipovolémico e séptico), iniciou-se ressuscitação volémica, reposição de potássio e meropenem. Apurou-se Glutamato-Desidrogenase positiva, mas toxinas negativas. Realizou pesquisa por RT – PCR que confirmou infeção por C. difficile. Nas hemoculturas foi isolado C. innocuum, com sensibilidade a metronidazol, resistência a meropenem e vancomicina.
Perante estes dados da microbiologia, considerando infecção concomitante por C.difficile e C. innoccum, com bacteriemia a este último, alterada terapêutica para vancomicina e metronidazol, para cobertura de ambos os agentes, apresentando a doente melhoria clínica e analítica.
Discussão
A doente apresentava múltiplos factores de risco: idade, residência em lar, internamento e antibioterapia recentes e ainda a supressão gástrica condicionada pelo uso habitual de inibidor da bomba de protões.
A maioria dos casos relatados tem como elemento comum a imunossupressão, presente nesta doente. Provavelmente relacionado a este estado de imunossupressão, as infecções descritas são muitas vezes graves e com bacteriemia associada, ao contrário do que o nome innocuum (inócuo) nos poderia fazer pensar.

CO n.º 1158

Linfoma folicular com envolvimento do sistema nervoso central

Filipa de Oliveira Nunes(1);Ana Grilo(1);Joana Isabel Marques(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Pedro Moules(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
Reportamos o caso de um doente com linfoma folicular, que apresentava envolvimento cerebral pela doença hematológica, raro neste tipo de linfoma, que habitualmente tem um curso indolente.
Caso clínico
Homem de 80 anos trazido ao Serviço de Urgência por prostração, recusa alimentar e incapacidade para se mobilizar mesmo com apoio. História conhecida de linfoma não-Hodgkin folicular, FLIPI 3, que realizou tratamento com R-CHOP, concluído há 1 ano, atualmente apenas em vigilância em consulta de Hematologia. Internamento 1 mês antes, com diagnóstico de AVC isquémico da circulação posterior. Deterioração progressiva do estado funcional e cognitivo desde então.
À admissão, prostrado, abertura ocular espontânea, pupilas isocóricas, afásico, sem cumprir ordens, reativo a estímulos dolorosos, força muscular simétrica. Rigidez terminal da nuca. Apirético e sem alterações relevantes no restante exame objetivo.
Análises sem elevação de parâmetros inflamatórios, ligeira hiponatremia. TC-CE realizada em contexto de urgência não revelou alterações agudas isquémicas ou de outra etiologia. Punção lombar (PL): líquor com citoquímico sugestivo de meningite bacteriana, pelo que iniciou corticóide e antibioterapia tripla empírica.
Os antigénios capsulares e a pesquisa de bacilos álcool ácido resistentes foram negativos e a segunda PL revelou líquido com as mesmas características.
TC-CE com contraste mostrou extensa doença leptomeníngea, supra e infratentorial, admitindo-se provável envolvimento do SNC pela doença oncológica.
A imunofenotipagem do líquor foi compatível com infiltração por células de LNH-B CD10+, pelo que se procedeu à transferência do doente para quimioterapia urgente.
Discussão
O envolvimento do sistema nervoso central no contexto de linfoma folicular é pouco expectável mas possível. É importante manter o grau de suspeição clínica considerando a diferença e emergência no tratamento.

CO n.º 1167
De Incidentaloma a Sarcoma
Elisa Macedo Brás(1);Rui Carvalho(1);Renata Silva(1);Nuno Ferreira da Silva(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O sarcoma de Ewing é uma neoplasia agressiva e rara que pertence ao grupo das neoplasias de células neuroectodérmicas primitivas. A sua forma extra-óssea é ainda mais rara, mais típica no sexo feminino e com uma idade de apresentação superior.
Caso clínico: Doente do sexo feminino de 49 anos que recorreu ao SU com queixas de dor abdominal no hipocôndrio com irradiação lombar e noção de perda ponderal com um mês de evolução; foi submetida a TC que indicou a presença de volumosos nódulos de 68 e 88 mm em ambas as suprarrenais (SR). Assumiu-se inicialmente incidentaloma da SR e a doente foi encaminhada para consulta para prosseguir estudo.
Em consulta colheu estudo analítico com metanefrinas fraccionadas e razão renina/aldosterona, sem alterações; realizou prova de frenação com dexametasona com resultado *borderline*. Repetiu imagem com RMN que mostrou a manutenção das lesões SR com marcada restrição à difusão e realce após contraste, sem características típicas de adenoma, mielolipoma ou feocromocitoma, tendo sido a doente proposta para FDG-PET. Enquanto aguardava o agendamento, surgiu uma adenopatia cervical palpável, fixa aos planos, que foi submetida a biópsia aspirativa.
O PET mostrou duas volumosas massas hipermetabólicas nas SR e o envolvimento de duas formações cervicais, na provável dependência de lesões neoplásicas malignas. O exame histológico apresentou neoplasia pouco diferenciada de células pequenas, redondas e azuis. Foi efetuado estudo imunohistoquímico que revelou expressão difusa de vimentina de CD99, com marcação para Ki-67. Estes aspetos favoreceram o diagnóstico de sarcoma de Ewing extra-esquelético. A doente foi discutida em consulta de grupo e encaminhada para centro de referência, onde iniciou tratamento com quimioterapia.
Discussão: A raridade desta entidade nosológica e o seu baixo nível de suspeição tornam o seu diagnóstico ainda mais difícil, importando assim chamar à atenção para este diagnóstico diferencial de massa abdominal.

CO n.º 1181
A MÁSCARA DA APLASIA

Teresa Costa e Silva(1);Andreia Daniel(1);Hugo Jorge Alves(1);Susana Franco(1);Carla Noronha(1);Célia Machado(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Linfohistiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome com deficiência de apoptose que resulta na desregulação de uma via regulatória com consequentes respostas imunes e inflamatórias. Febre, citopenias, esplenomegália e hemofagocitose são sinais cardinais. Pode ser familiar (rara) ou secundária a infeção, autoimunidade ou neoplasia.
Caso clínico: Mulher, 50 anos, raça negra, com história prévia de drepanocitose, acidente vascular cerebral com sequela de hemiparésia esquerda e alectuada, epilepsia vascular e hipertensão arterial. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por quadro atribuído a sépsis com ponto de partida respiratório (com infiltrados pulmonares múltiplos) e urinário, traduzido por febre, dor hipogástrica, prostração e polipneia, com urocultura isolando Klebsiella *pneumoniae* ESBL e hemocultura com Escherichia *coli*.
Destacava-se pancitopenia grave – Hb 6,2g/dL, leucócitos 1400/µL, neutrófilos 900/µL, plaquetas 4000/µL – e hiperferritininémia (3134 ug/L).
Após estabilização foi transferida para enfermaria de Medicina Interna onde se verificou persistência de febre e pancitopenia (sem evidência de crise drepanocítica) apesar de antibioterapia de largo espectro (meropenem) e refratariedade a suporte transfusional e fatores de crescimento.
Realizou assim medulograma compatível com medula hipocelular com macrófagos com imagens de hemofagocitose. Atendendo ao quadro clínico e analítico apresentado admitida provável LHH como etiologia para a aplasia medular apresentada.
Ainda foram ensaiados pulsos de metilprednisolona, mas veio a falecer em falência multiorgânica 36 horas depois.
Discussão: A LHH é uma síndrome rara e ameaçadora de vida. O atraso no seu diagnóstico, devido à variabilidade de apresentação clínica e inespecificidade dos achados clínicos e laboratoriais, constitui o principal obstáculo a um prognóstico de sucesso.

CO n.º 1224

Doença intersticial pulmonar iatrogénica a amiodarona: a propósito de um caso clínico

Sandra Ribeiro Correia(1);Diana Isabel Rocha(1);Sara Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Marta Moreira Silva(1);Ana t. Duarte(1);Ana Gama e Castro(1);João Rodrigues(1);Rosa Ribeiro(1);Graça Franchini(1);Francisca Emanuel Costa(1);Rita Amorim(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças respiratórias

A doença intersticial pulmonar é um dos efeitos adversos mais graves relacionados com a administração de amiodarona, podendo ocorrer entre 1-5% dos doentes e geralmente com doses superiores a 400 mg/dia.
Os autores expõem um caso de um doente de 80 anos, sexo masculino, com fibrilhação auricular paroxística sob edoxabano e amiodarona 200 mg/dia desde há seis meses. Admitido por dispneia para esforços progressivamente menores e tosse seca com um mês de evolução. Auscultatoriamente, com crepitações bibasais. Com insuficiência respiratória tipo hipoxémica, leucocitose com neutrofilia e proteína C reativa 78 mg/dL. NT-proBNP e VIH negativos. PCR SARS COV-2 negativo. Função tiroideia normal. Radiografia torácica com padrão intersticial bilateral. Angiotomografia computorizada torácica com áreas de densificação em vidro despolido, bilateralmente. Broncofibroscopia sem evidência de lesões ou alterações anatómicas. Sem isolamentos microbiológicos nas colheitas profundas e nas hemoculturas. No lavado broncoalveolar visualizados alguns macrófagos espumosos, de citoplasma abundante e vacuolizado (*"foamy"),* alteração encontrada no pulmão de amiodarona e nas pneumonites de hipersensibilidade, tendo sido excluída exposição ambiental. Estudo imunológico, com exclusão de alergia e doença autoimune, negativo. Assim, tendo em conta a clínica, achados imagiológicos e citológicos, foi assumido o diagnóstico de doença intersticial pulmonar secundária a amiodarona, pelo que iniciou corticoterapia sistémica, com resolução do quadro clínico.
O diagnóstico de doença intersticial pulmonar a amiodarona implica elevada suspeição clínica e compreende a combinação de achados clínicos e laboratoriais, que excluam outras hipóteses diagnósticas. O tratamento consiste na suspensão da amiodarona e administração de corticoterapia, associando-se a um prognóstico geralmente favorável.

CO n.º 1287

Microangiopatia trombótica como causa rara de AVC

Daniela Salgueiro(1);Marta Batoca Sousa(1);Nuno Pardal(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Ana Rita de Oliveira(1);Ana Sofia Matos(1);Raquel Almeida Dias(2);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho (2) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

As microangiopatias trombóticas são um grupo de distúrbios que se caracterizam por tromboses microvasculares generalizadas, trombocitopenia e anemia hemolítica microangiopática.
Mulher, 53 anos. Antecedentes de HTA e AVC isquémico pós-parto há 30 anos. Admitida no serviço de urgência com afasia global, desvio conjugado do olhar para a esquerda, hemianópsia homónima, parésia facial central e hemiplegia direitas com 1 hora de evolução. Em angiotomografia computarizada com trombo no segmento M1 da artéria cerebral média esquerda. Realizada trombólise e trombectomia com recanalização eficaz, no entanto sem melhoria clínica. Durante a permanência no internamento desenvolvimento de temperatura subfebril, anemia e trombocitopenia em agravamento progressivo. Do estudo realizado verificada hemólise: hemoglobina de 8.4 g/dL, plaquetas de 27x10^9/L, 9.95% de reticulócitos, LDH de 715 UI/L com haptoglobina indoseável e teste de Coombs direto negativo. Sem alterações da função renal. Esfregaço de sangue periférico com esquizócitos, sem agregados plaquetários. Neste contexto colocada a hipótese de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) e pedido doseamento de atividade de ADAMTS13. Por impossibilidade de realização de permuta plasmática no hospital em que se encontrava, foi transferida, tendo iniciado a técnica no próprio dia o que resultou na melhoria da contagem das linhagens hematológicas e dos défices neurológicos. Posteriormente o doseamento da atividade de ADAMTS13 foi de 3% (défice severo), confirmando a hipótese diagnóstica.
A PTT trata-se de uma entidade com diagnóstico difícil, apenas identificável se elevada suspeição clínica. O doseamento da ADAMTS13 não se encontra acessível na maioria dos hospitais tornando ainda mais desafiante o reconhecimento desta patologia. Na ausência de tratamento pode atingir elevada morbimortalidade sendo crucial a abordagem precoce, não devendo esta ser atrasada pela confirmação da atividade enzimática.

CO n.º 1296

Endocardite por Coxiella burnetti: da suspeita diagnóstica ao tratamento

Pedro Dias Lopes(1);Maria Inês Viegas(2);Francisco Ferrer(1);Rúben Melo Carvalho(1);Patrícia Carvalho(1);Rui Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) IPO Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A endocardite por febre Q é uma patologia rara e a complicação mais comum da infeção crónica por Coxiella burnetii. Representa uma das causas de endocardite com hemoculturas negativas, com necessidade de elevada suspeição clínica, especialmente em doentes com fatores de risco. O diagnóstico é desafiante e o atraso diagnóstico e terapêutico está associado a elevada morbimortalidade.

Caso clínico: Homem de 61 anos, internado por pneumonia COVID-19 que, durante o internamento, iniciou febre >38ºC, astenia e alteração das características do sopro cardíaco previamente conhecido, tal como défice de força no membro superior esquerdo. No estudo complementar tinha lesão cerebral isquémica subaguda e hemoculturas negativas. Tinha história 9 anos antes de substituição valvular por homoenxerto em sequência de endocardite de válvula aórtica nativa bicúspide e febre Q 1 ano antes do evento atual, tendo realizado doxiciclina 100mg 2id por 3 semanas. Neste contexto, repetiu serologias, com aumento dos títulos de C.b >4x (IgG fase I 12800, IgM fase I 3200, IgG fase II >25600, IgM fase II 50). O ecocardiograma transtorácico demonstrou espessamento das cúspides e o ecocardiograma transesofágico confirmou endocardite complicada com abcesso e fistulização para o seio coronário esquerdo, com insuficiência aórtica grave. Por cumprir critérios de diagnóstico definitivo de endocardite por Coxiella iniciou doxiciclina 100mg 2id e hidroxicloroquina 200mg 3id, com melhoria clínica após 3 semanas. Realizou PET-TC 18 F-FDG após 1 mês de terapêutica sem sinais de endocardite ativa.

Discussão: Este caso ilustra o desafio diagnóstico de endocardite por Coxiella burnetii, com necessidade de cumprimento de critérios serológicos e ecocardiográficos. O prognóstico está dependente da instituição precoce de antibioterapia dirigida, que nesta situação deve ser mantidapor um período não inferior a 18-24 meses. O tratamento cirúrgico perante complicações locais é mandatório.

CO n.º 1301

Reacção paradoxal no tratamento de Linfadenite Tuberculosa

António Epifânio Mesquita(1);Pedro Caiado Ferreira(1);Mariana Gaspar(1);Miguel Pinheiro(1);Marta Carvalho(1);Francisca Martins(1);Miguel Nunes(1);Miguel Martins(1);Madalena Lobão(1);Catarina Patrício(1);Vitor Brotas(1);Eduardo Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
Linfadenite tuberculosa é a forma mais frequente de Tuberculose (TB) extra-pulmonar. Escrófula é o termo usado para designar linfadenite tuberculosa cervical. Frequente no passado, é, no século XXI, um diagnóstico pouco comum.

CASO CLÍNICO
Homem de 22 anos recorreu a consulta de Medicina Interna por tumefacção cervical direita com 2 meses de evolução. A observação foi compatível com conglomerado adenopático cervical anterior com 2 cm de maior eixo, de consistência elástica, móvel e indolor à palpação. Estudo analítico sem alterações. Biópsia excisional revelou linfadenite granulomatosa não-necrotizante com características histológicas sugestivas de etiologia micobacteriana. Coloração Ziehl-Neelsen, amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para Mycobacterium tuberculosis (MTB) e exame cultural de micobactérias foram todos negativos. Considerando clínica e histologia foi iniciada terapêutica com Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). Cerca de 3 meses após início do tratamento verificou-se crescimento progressivo das adenopatias, até 5 cm de maior eixo, que se tornaram dolorosas à palpação, com sinais inflamatórios exuberantes e flutuação. Feita drenagem com aspiração de conteúdo caseoso. TAAN para MTB foi positivo, não tendo sido detectadas resistências a H ou R. Exame directo e cultural para micobactérias foram negativos. Perante quadro compatível com reacção paradoxal (RP) foi iniciada Prednisolona 40mg/dia em associação aos antibacilares. Nos 6 meses seguintes verificou-se resolução do quadro sem recidiva, mesmo após suspensão da corticoterapia.

DISCUSSÃO
RP descreve um agravamento clínico paradoxal durante o tratamento de TB. Pode ocorrer em 20% dos casos, entre 3 semanas até 4 meses após o início do tratamento. Parece resultar da resposta imune à morte dos bacilos, sendo as culturas tipicamente negativas. Na TB ganglionar as manifestações são aumento da dimensão das adenopatias, associado a eritema, dor, flutuação, podendo evoluir inclusivamente para fistulização espontânea. Exames microbiológicos e detecção de resistências, quando possíveis, são essenciais na distinção entre RP e falência terapêutica. O tratamento passa pela drenagem e corticoterapia. O caso clínico apresentado alerta para uma situação clínica frequente no tratamento da TB.

CO n.º 1306
ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE ICTERÍCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO POUCO FREQUENTE

João Filipe Félix Vieira Afonso(1);Joana Castro Vieira(1);Rafael Oliveira(1);Mariana Simão Magalhães(1);Manuel Calapez Xavier(1);Nuno Oliveira(1);Ana Filipa Rodrigues(1);Isabel Maldonado(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A icterícia aguda em jovens é um desafio diagnóstico quando estão excluídas as causas mais comuns.

Caso clínico: Mulher, 19 anos, negando consumo de medicação, drogas, álcool, produtos ervanária, cogumelos ou suplementos. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal nos quadrantes superiores irradiando para dorso, acompanhada de icterícia, anorexia e colúria, com 3 dias de evolução. Sem outras queixas. À observação salientava-se: pele e mucosas ictéricas, abdómen inocente sem ascite e sem organomegálias, sem adenopatias palpáveis e sem lesões cutâneas. Analiticamente: leucócitos 11000/uL, hemoglobina 13.5g/dL, albumina 3.3g/dL, bilirrubina total 21.9mg/dL, bilirrubina direta 17.7mg/dL, AST 362U/L, ALT 360U/L, GGT 997U/L, fosfatase alcalina 1165U/L, LDH 550UI/L Proteina C reativa 2.9mg/dL, VS 28mm, ácido úrico 2.9mg/dL, serologia hepatites virais, HIV e Sífilis – negativas; EBV EBNA e VCA IgG reativo, e EBV IgM zona cinzenta. Discutido com Infeciologia descartando-se quadro atípico de EBV agudo. Realizou TC abdominal revelando massa de 7cm, com aparente epicentro em cadeias ganglionares, a nível de hilo hepático envolvendo tronco celíaco e veia porta, comprimindo via biliar principal e com dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Discutido com Cirurgia para decisão de abordagem à lesão. Biópsia guiada por TC demonstrou Linfoma não Hodgkin de células B grandes difuso Ki67 95% CD 20+. TC de estadiamento sem outras alterações. Iniciou pulso de Metilprednisolona com melhoria imediata de sintomatologia. Posteriormente encaminhada para IPO, para continuação de cuidados.

Discussão: A disfunção hepática como manifestação inicial de Linfoma difuso de células B em doentes sem imunodeficiência adquirida ou hepatite viral é pouco frequente. Estes linfomas caracterizam-se pelo aparecimento de massas sintomáticas que crescem rapidamente, mais em pescoço ou abdómen. Uma das emergências oncológicas provocadas é a obstrução gastrointestinal ou falência hepática.

CO n.º 1307

Linfoma de Burkitt – um caso epidemiológico atípico

Guilherme Jesus(1);Marta Leite(1);Rui Maciel(1);Ana Sofia Silva(1);Raquel Barreira(1);Sofia Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

O Linfoma de Burkitt (LB) é um subtipo muito agressivo de linfoma não-Hodgkin (LNH) de células B. Segundo a classificação da OMS são reconhecidas 3 formas clínicas de LB: endémica, esporádica e associada à infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. O LB é provavelmente a neoplasia mais proliferativa, exigindo diagnóstico e tratamento imediatos.
Mulher de 59 anos, admitida no Serviço de Urgência por quadro de agravamento progressivo com 2 meses de evolução de dor abdominal epigástrica com irradiação lombar associada a náuseas, sintomas B e astenia marcada. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, com dor à palpação profunda do epigastro e hipocôndrio direito, sem defesa e com lesões eritematosas anulares não pruriginosas em ambos os membros inferiores. Analiticamente sem alterações no hemograma, aumento marcado da LDH 759 mg/dL, TGP e amílase discretamente aumentadas e PCR 7.96 mg/dL. Ecografia abdominal com nódulos suspeitos nas regiões peri-hepática e esplénica. TAC abdominopélvica: extensas massas de aspeto infiltrativo, confluentes, que se estendiam desde o hilo hepático até ao hilo esplénico com invasão do pâncreas, estruturas vasculares e cavidade peritoneal, mas também adenopatias lomboaórticas e supra-diafragmáticas com compressão da veia cava inferior. TAC cervicotorácica com conglomerado adenopático supraclavicular esquerdo e no nível IV homolateral. PET-Scan com corroboração de alterações visualizadas com confirmação de suspeita de doença linfoproliferativa. Realizada biópsia de uma das massas abdominais com histologia (linfócitos B de tamanho intermédio-grande com alto índice replicativo) e imunofluorescência (CD19+, CD20+, CD5-, CD10+, CD38+, CLK+, BCL2-) características de provável de LB Esporádico. Iniciado prednisolona durante 8 dias seguido de 4 ciclos R-HyperCVAD e 6 sessões de quimioterapia (QT) intratecal profilática com excelente resposta clínica e imagiológica aos 4 meses.
Muito frequente em crianças e no sexo masculino, corresponde a menos de 1% de todos os LNH do adulto, apresentando uma mediana de idades de 30 anos. O tratamento requer esquemas de QT intensiva dada a rápida proliferação da doença. Este caso realça o impacto de um diagnóstico atempado, rápida referenciação e início de tratamento num centro especializado no prognóstico.

CO n.º 1310
QUANDO UM DIAGNÓSTICO NÃO CHEGA …

João Filipe Félix Vieira Afonso(1);Joana Castro Vieira(1);Rafael Oliveira(1);Mariana Simão Magalhães(1);Manuel Calapez Xavier(1);Nuno Oliveira(1);Ana Filipa Rodrigues(1);Isabel Maldonado(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: As lesões nodulares peritoneais impõem vários diagnósticos diferenciais, com manifestações clinicas muito semelhantes e inespecíficas. Entre as causas benignas temos as etiologias infeciosas, granulomatosas ou não, e entre as causas malignas, as secundarizações. As causas neoplásicas primarias são raras e de mau prognóstico.
Caso clínico: Homem, 79 anos, ex-militar no Ultramar. Com antecedentes de cardiopatia isquémica e valvular e Diabetes Mellitus II. Recorreu ao serviço de urgência por dor e distensão abdominal, perda de 7Kg em 1 mês, aumento perímetro abdominal nos últimos 7 meses. Acompanhava-se de TC abdómino-pélvico realizado em ambulatório com “granulomas” distribuídos por todo o peritoneu. Negou febre, sudorese noturna, lesões cutâneas, alterações de trânsito gastrointestinal. À observação destaca-se: sarcopenia; circulação colateral abdominal, ascite sem tensão, nódulos vários a palpação abdominal, indolores. Sem outras alterações, incluindo ao exame neurológico. Analiticamente: anemia normo/normo; PCR 11.1mg/dL. Foi internado para estudo. Realizou VIH, IGRA, hepatites – negativos. ANCA’s e ECA – negativos. Teste Treponémico positivo, assumindo-se sífilis tardia-nunca tratado. Iniciou Penicilina. Concomitantemente, avançou-se na restante marcha diagnóstica. TC torácico, endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. Procedeu-se a laparoscopia exploradora com biopsia excisional de um dos nódulos, cujo exame histológico foi compatível com adenocarcinoma mucinoso do peritoneu, encontrando-se sob terapêutica oncológica.
Discussão: A Sífilis continua a ser uma patologia presente e pouco diagnosticada na população. Conhecida como a “Grande Imitadora”, inclusive de situações neoplásicas, as suas manifestações podem ser pouco exuberantes sendo muitas vezes o diagnostico tardio. Neste caso em particular, ao contrário do habitual, o doente apresentava mais que uma patologia, mostrando a importância da persistência pelo diagnóstico histológico

CO n.º 1315

Endocardite de Loeffler – a propósito de um caso de insuficiência cardíaca aguda

FABIO pe d ARCA BARBOSA(1);Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Anilda Barros(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução: O síndrome hipereosinofílico (SHE) é caracterizado por hipereosinofilia persistente com atingimento de órgão alvo. Praticamente qualquer órgão pode ser afetado, sendo os mais frequentes a pele, pulmão, coração e trato gastrointestinal. O tratamento está dependente da etiologia, gravidade da apresentação e resposta à corticoterapia. Apresentamos o caso de um SHE idiopático com afeção multiorgânica, em particular cardíaca condicionando insuficiência cardíaca grave.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 39 anos com antecedentes conhecidos de eczema, patologia pulmonar obstrutiva e patologia esofágica infiltrativa, habitualmente medicada com corticoide oral. Internada inicialmente para tratamento médico de abcesso peri-amigdalino e trombose venosa profunda do membro inferior. Avaliação laboratorial com hiperosinofilia e tomografia computorizada com espessamento esofágico superior. Durante o internamento evoluiu com afeção multissistémica no contexto de SHE, nomeadamente vascular, neurológica, pulmonar e cardíaca (sob a forma de cardiomiopatia infiltrativa a condicionar quadro de insuficiência cardíaca aguda). Após estudo etiológico extenso, assumido como SHE idiopático, apresentando ótima resposta a corticoterapia. Interrompido tratamento por vontade da doente, o que condicionou subsequente agravamento clínico com falência respiratória e cardiovascular irreversível, culminando na morte.
Discussão: O caso apresentado demonstra as possíveis complicações inerentes à lesão de órgão alvo no SHE, exemplifica a investigação etiológica a seguir e realça a importância da adesão ao tratamento. A disfunção cardíaca associada à cardiopatia infiltrativa é uma das principais causas de morbimortalidade , em que a adequada terapêutica é essencial para evitar a progressão da doença e possibilitar a reversão das complicações.

CO n.º 1316

Insuficiência supra-renal como apresentação da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

FABIO pe d ARCA BARBOSA(1);Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Anilda Barros(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A insuficiência supra-renal (ISR) em doentes infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pode estar associada a diversas etiologias e mecanismos fisiopatológicos, estando estes doentes predispostos a crises adrenérgicas em períodos de maior stress ou doença aguda. A suspeição clínica é essencial para o diagnóstico de ISR e correto tratamento deste subgrupo de doentes.
Caso clínico: Doente do sexo feminino de 39 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Admitida por quadro de confusão mental, alterações cognitivas, bradicardia, hipotensão e hipotermia. Na admissão constataram-se alterações laboratoriais compatíveis com ISR. Da investigação realizada a destacar serologia e pesquisa de VIH1 positiva no líquido cefalorraquidiano positivas e achados radiológicos compatíveis com encefalopatia associada ao VIH. Efetuada investigação etiológica extensa admitindo-se ISR em contexto de adrenalite associada a infeção VIH1. Após o início de terapêutica anti-retroviral, fludrocortisona e hidrocortisona, houve melhoria da sintomatologia e estado clínico.
Discussão: A infeção VIH é uma doença com afeção multissistémica, sendo por vezes difícil o reconhecimento da associação com patologia endocrinológica. A insuficiência primária da supra-renal pode ocorrer tanto em doentes que não têm o diagnóstico prévio de infeção VIH, como em doentes já sob tratamento anti-retroviral, servindo este caso clínico como forma de sensibilizar a comunidade médica para o diagnóstico desta entidade.

CO n.º 1355

Crise carcinóide após biópsia hepática: A propósito de um caso clínico

Marta Catarina Bernardo(1);Natacha Mourão(1);Inês Grilo(1);Joana Calvão(1);António Trigo Faria(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A Crise Carcinóide (CC) é uma complicação rara, porém potencialmente fatal, dos tumores neuroendócrinos (TNE), que resulta da libertação descontrolada de compostos biológicos ativos do tumor na circulação sistémica.
Caso clínico: Sexo masculino, 62 anos, sem antecedentes de relevo recorre ao Serviço de Urgência por náuseas, tonturas e epigastrialgias com 1 dia de evolução. Objetivamente sem alterações de relevo. Analiticamente com anemia, citocolestase hepática e d-dímeros elevados. Para esclarecimento e exclusão de tromboembolismo pulmonar (TEP) realizou tomografia torácica e abdominal (TC-AP) que revelou: TEP da artéria lobar direita, volumosa massa hepática (17cm) e incontáveis nódulos hepáticos e pulmonares sugestivos de metástases. Foi internado para estudo, realizou endoscopia digestiva alta e baixa, ambas sem alterações. Decidida realização biópsia ecoguiada da massa hepática para diagnóstico. No dia posterior ao procedimento, iniciou quadro de confusão, hipotensão, taquicardia sinusal, febre, insuficiência respiratória tipo 1 e sibilância à auscultação pulmonar. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda. Iniciada antibioterapia empírica e fluidoterapia, sem melhoria, com escalada para suporte aminérgico. Excluídas complicações do procedimento por TC- TAP. Perante a apresentação, foi levantada a hipótese de CC, tendo iniciado de imediato perfusão de octreótido. Apesar das medidas, o doente evoluiu desfavoravelmente, tendo falecido ao 13º dia de internamento. Histologia da biópsia hepática confirmou tratar-se de um TNE pouco diferenciado de células pequenas, compatível com metástase de primário pulmonar.
Conclusão: Este caso ilustra uma CC, despoletada pela biópsia de um TNE, num doente com sintomatologia inespecífica e não sugestiva de síndrome carcinóide, tornando o diagnóstico desafiante. Esta entidade apesar de rara acarreta mau prognóstico sendo fundamental o seu reconhecimento e tratamento imediato.

CO n.º 1360

Colite por citamegalovírus no indivíduo imunocompetente – um agente esquecido

Margarida Lagarto(1);Ana Lopes Santos(1);Tiago Pina Cabral(1);Marta Anastácio(1);Marta Roldão(1);Vanessa Branco(1);Catarina Gama(1);Bruno David Freitas(1);Francisca Dâmaso(1);Susana Jesus(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Outro

A colite por citamegalovírus (CMV) é cada vez mais diagnosticada em doentes imunocompetentes. O caso apresentado ilustra a complexidade diagnóstica e apela ao aumento do índice de suspeição clínica.
Mulher, 91 anos, antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, recorreu ao serviço de urgência por diarreia associada a dor e distensão abdominal. À observação encontrava-se hipotensa, pálida, desidratada, abdómen distendido, timpanizado e doloroso à palpação generalizada. Analiticamente com anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios, hiperlactacidémia, lesão renal aguda, hipoalbuminemia e hipocaliemia. Radiografia e tomografia computorizada (TC) do abdómen com dilatação das ansas cólicas e níveis hidroaéreos, sem lesão obstrutiva definitiva. Estudo microbiológico das fezes negativo. Admitiu-se colite infeciosa e iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e metronidazol. No internamento, o quadro clínico deteriorou-se, com aparecimento de diarreia com sangue, queda de hemoglobina e necessidade de suporte transfusional. Repetiu TC abdómino-pélvica com contraste, a excluir isquémia intestinal, mantendo dilatação de todo o cólon. Discutido caso em equipa multidisciplinar e decidiu-se, apesar dos riscos, realizar colonoscopia. Nesta, visualizaram-se múltiplas úlceras superficiais cujas biópsias revelaram colite em atividade associada a infeção por CMV. Sob ganciclovir endovenoso, assistiu-se a melhoria progressiva do quadro, tendo a doente tido alta sob valganciclovir oral.
O caso sublinha a complexidade do diagnóstico em doentes sem critério clássico para imunossupressão e a importância de considerá-lo no diagnóstico diferencial de um quadro de diarreia num indivíduo imunocompetente, especialmente na população muito idosa. Discute-se a necessidade de reformular a definição de imunossupressão, com inclusão de doentes com idade avançada e múltiplas comorbilidades.

CO n.º 1364

Paraplegia como uma manifestação neurológica incomum de linfahistiocitose hemofagocítica

Adriana Henriques(1);Laura Lopes(1);João Venda(1);Ana Rita Ramalho(1);Ana Luísa Nunes(1);Jandira Lima(1);Rui Santos(1);Lélita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A linfahistiocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença incomum e fatal, que se caracteriza por uma resposta hiperinflamatória sistémica aguda rapidamente progressiva. Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, com atingimento neurológico em 1/3 dos doentes. A neuropatia periférica axonal, induzida pela destruição macrofágica da bainha de mielina pode ocorrer, motivando sequelas motoras e/ou sensitivas.
Caso Clinico: Homem de 58 anos iniciou quadro de diarreia e febre com 1 dia de evolução associado a exantema maculo-papular, com atingimento das palmas das mãos e plantas dos pés e fraqueza muscular dos membros inferiores com 10 dias de evolução. Sem antecedentes pessoais relevantes. Na gasometria apresentava hiperlactacidémia. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, AST >18x limite superior da normalidade (LSN), ALT >5xLSN, pancitopenia, hipertrigliceridémia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia e elevação dos CD25 solúvel. Por agravamento do estado de consciência e insuficiência respiratória hipoxémica de novo com necessidade de ventilação invasiva, foi realizada TC-CE e punção lombar, ambas sem alterações. Alargada terapêutica antibiótica (ceftriaxone e doxiciclina) e associada dexametasona por suspeita de LHH secundária a febre escaronodular. Após 17 dias de internamento, verificada paraplegia e hipostesia L1-S4, concordante com o diagnóstico de neuropatia axonal periférica confirmada por EMG. Do estudo microbiológico e serológico efetuados, de salientar reação cruzada com Coxiella burnetti e positividade para a repetição dos anticorpos da Rickettsia conorii, confirmando o diagnóstico de febre escaronodular. Excluídas causas metabólicas e défices nutricionais.
Discussão: A LHH quando não tratada o mais precocemente possível associa-se a uma elevada taxa de mortalidade, pelo que o seu reconhecimento atempado e tratamento imediato são a chave para o sucesso desta condição clínica.

CO n.º 1377

Uma Mente Aprisionada: A Propósito de um Caso Clínico

Sofia Miranda(1);Inês Amarante(1);Daniel Calado(1);Carolina Róias(1);Miriam Cimbron(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O lúpus neuropsiquiátrico engloba um largo espectro de manifestações clínicas. Embora possa constituir a sua manifestação inicial em até 50% dos casos, não existem esquemas padronizados para o seu diagnóstico e tratamento.
Mulher de 49 anos. Antecedentes irrelevantes. Aos 39 anos com astenia, alopécia, fotossensibilidade, xerostomia, xeroftalmia e poliartralgias de pequenas e grandes articulações. Assumido diagnóstico de lúpus e inicia metotrexato (MTX) 10mg/semana e prednisona (PDN) 15mg/dia. Por agravamento da astenia é admitida em internamento. Analiticamente, leucopénia, velocidade de sedimentação aumentada e consumo do complemento. Estudo auto-imune com ANA 1/640 padrão homogéneo e anti-dsDNA e SSA/SSB +. Após substituição de MTX por hidroxicloroquina 400mg/dia e manutenção de PDN, franca melhoria, tendo alta com referenciação para consulta de doenças auto-imunes. Aos 40 anos, internamento em Ortopedia por múltiplas fracturas na sequência de uma tentativa de suicídio. Observada por Psiquiatria com introdução de terapêutica anti-psicótica e desmame da PDN. Manteve preserveração do pensamento e ideação suicida. Referenciada à Unidade de Agudos de Psiquiatria. Avaliação neuropsicológica com deterioração das funções superiores. Electroencefalograma (EEG) com actividade lenta, mas sem focos epileptiformes. Punção lombar e TAC craniana sem alterações. Estudo auto-imune sobreponível e função tiroideia sem alterações. Suspensão da terapêutica anti-psicótica e início de PDN 1mg/kg/dia e ciclofosfamida 1.5g/m2 durante 6 meses, com melhoria. Desde então, estabilidade clínica e imagiológica, com possibilidade de desmame da corticoterapia.
Este caso é paradigmático de um dos síndromes neuropsiquiátricos já conhecidos, a alteração do humor. Ressalva-se ainda a importância da exclusão de outras causas, apesar do diagnóstico prévio de lúpus.

CO n.º 1381

A suspeita clínica da amiloidose é elevada … deve o tratamento aguardar a confirmação histológica?

Joana Formiga Viegas(1);Catarina Lopes Silva(1);João Pedro Araújo(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A amiloidose caracteriza-se por deposição de substância amiloide (SA) nos tecidos, podendo esta ser localizada ou disseminada. Deve suspeitar-se de amiloidose cardíaca (AC) quando a espessura do ventrículo esquerdo (VE) é ≥12mm, na ausência de evidência doutra doença. A AC resulta quase sempre de deposição de cadeias leves monoclonais (AL) ou de transtirretina (ATTR). O diagnóstico pode ser feito por cintigrafia com Tc99mDPD, na AC ATTR, ou por biopsia endomiocárdica, na AC AL. Apresentamos um caso de amiloidose AL sistémica com envolvimento cardíaco, que faz questionar se perante um elevado nível de suspeição é imprescindível a confirmação histológica para iniciar tratamento.
CASO CLÍNICO: Mulher, 59A, saudável. Em Nov/2020 iniciou emagrecimento. Fez análises, mamografia, TC de corpo e endoscopia digestiva alta e baixa, sem achados. Em 2021 iniciou hipotensão ortostática e depois esteatorreia. Fez ecocardiograma, com VE com hipertrofia concêntrica, com sparkling do SIV, boa função sistólica, disfunção diastólica, aurícula esquerda dilatada e cavidades direitas normais, sendo sugerida AC. A RM cardíaca apoiou a hipótese. Tinha NTproBNP elevado (2848pg/mL), hipogamaglobulinémia (0.3gr/dL) e imunofixação sérica com componente monoclonal lambda, sem Bence-Jones. Mielograma com 3% de plasmócitos. Elastase fecal de 51ug/gr, indicando insuficiência pancreática grave. As biópsias da gordura abdominal, óssea, endomiocárdica, do cólon e glândulas salivares não tinham SA. Fez cintigrafia com Tc99mDPD, sem expressão de amiloidose TTR. Estudo genético da amiloidose negativo. Em Abr/2022 iniciou síndroma nefrótico, agora com Bence-Jones lambda. A biopsia renal confirmou amiloidose.
DISCUSSÃO: Neste caso o ecocardiograma, RM cardíaca e gamapatia monoclonal lambda sugeriam AC AL. Apenas se diagnosticou amiloidose AL sistémica com AC 1.5 ano depois, sendo que a AC ocorre em 50% das amiloidoses AL sistémicas. Tendo a RM cardíaca especificidade diagnóstica de 94%, não tendo o mielograma e biopsia óssea monoclonalidade plasmocitária em 10-15% dos casos e tendo a biópsia dos vários tecidos, com excepção do endomiocárdico, sensibilidade diagnóstica <85%, questiona-se se não se podia ter iniciado tratamento sem comprovação histológica de amiloidose, melhorando significativamente o prognóstico.

CO n.º 1402

Pênfigo vulgar após sleeve gástrico: uma apresentação grave

Miguel Martins Braga(1);Tiago Monteiro Brás(1);Luísa Serpa Pinto(1);Rute Isabel Sousa Martins(1);Rosa Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
Pênfigo é uma doença autoimune rara que induz acantólise de pele e mucosas por anticorpos anti-desmogleína 1 e 3. Estes últimos atingem exclusivamente mucosas e associam-se a pênfigo vulgar e, raramente, paraneoplásico. Estão descritas alterações imunológicas nos doentes submetidos a cirurgia bariátrica que podem levar ao desenvolvimento de doença autoimune.
Este caso relata a apresentação grave de um pênfigo vulgar após sleeve gástrico.
Caso clínico
Mulher, 52 anos com antecedentes de obesidade mórbida (índice massa corporal (IMC) 50 Kg/m2) submetida a sleeve gástrico em setembro de 2020 com cumprimento de polivitaminico durante 6 meses. Estabilização ponderal em um ano (IMC 22 kg/m2), altura em que desenvolve úlceras orais dolorosas com intolerância alimentar refratárias a analgésicos, antifúngicos tópicos e prednisolona 0,5 mg/kg/dia.
Em fevereiro de 2022, admitida por caquexia (IMC 15 kg/m2), desidratação, desnutrição proteico-calórica grave com hipoalbuminemia e défices de zinco, fosfato, folato e vitamina A e hipervitaminose de B1 e B12. Iniciou suplementação hipercalórica e vitamínica por sonda nasogástrica sem melhoria. Excluídas causas infeciosas em estudo alargado. Estudos endoscópicos com úlceras esofágicas cujas biópsias revelavam espongiose e acantolise suprabasal compatível com pênfigo. Estudo imunológico com anticorpo anti-desmogleína 3 positivo e restantes anticorpos anti-pele negativos.
Despistada etiologia paraneoplásica e assumido pênfigo vulgar de atingimento mucoso exclusivo. Iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia com melhoria paulatina de úlceras, mas sem resolução total e recuperação ponderal fruste (IMC 17 kg/m2). Proposta para tratamento com rituximab.
Discussão
Pênfigo vulgar pode ter apresentações potencialmente fatais e refratárias a imunossupressão. Um elevado nível de suspeição é fundamental para o seu diagnóstico.
Mecanismos de autoimunidade foram identificados em doentes após cirurgia bariátrica e a sua relação com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistémico é descrita em séries de casos. Este é o primeiro caso na literatura a relacionar com pênfigo vulgar.

CO n.º 1410
Nem tudo são bactérias

Margarida I. Nascimento(1);Gil Prazeres(1);Francisco Soares Laranjeira(1);Ana David do Carmo(1);Maria Inês Lopes(1);Filipa Malheiro(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A fungúria é frequente em doentes hospitalizados e é geralmente benigna. A pielonefrite fúngica é incomum e difícil de tratar. Ocorre principalmente em doentes com diabetes, alterações anatómicas ou litíase renal obstrutiva. A grande maioria das infecções fúngicas do tracto urinário são causadas por fungos do género Candida.
Caso clínico
Mulher, 84 anos, com antecedentes pessoais de diabetes, hipertensão arterial, hipotiroidismo e cancro da mama, que tinha tido dois internamentos recentes: o 1º devido a pielonefrite obstrutiva bilateral com colocação de stents e medicada com ertapenem (urocultura com Klebsiella pneumoniae produtora de β-lactamase de espectro alargado); o 2º por pionefrose direita onde foi extraída uma massa acelular cálcica do bacinete e medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e fluconazol (urocultura com K. pneumoniae multissensível e Candida albicans). A doente foi internada por dor no flanco direito, náuseas, vómitos e febre alta tendo à palpação abdómen doloroso no flanco direito. Analiticamente leucocitose e PCR 10mg/dL e a TC abdominal evidenciou aglomerado hipodenso no bacinete direito, sugestivo de bolas fúngicas. Foi submetida a ureteroscopia flexível retrógrada com extração dessas massas. O exame microbiológico isolou Candida glabrata e Candida tropicalis. Foi medicada com fluconazol durante 2 semanas e teve alta clinicamente melhorada, sem recorrência.
Discussão
As infecções fúngicas do trato urinário superior são relativamente incomuns, sendo a bola fúngica particularmente rara. Encontrámos na literatura apenas alguns casos de bola fúngica renal ou ureteral principalmente em doentes imunossuprimidos. O tratamento é normalmente cirúrgico e médico.

CO n.º 1416

Insuficiência Cardíaca de novo num doente sob Etanercept: a propósito de um caso clínico.

Dra. Barbara Fontes Oliveira(1);Ana Oliveira sá(1);António Marinho(2);Fátima Farinha(2)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A terapêutica com anti-TNFα surgiu no final do século passado e revolucionou o tratamento de várias doenças reumatológicas. As suas indicações são múltiplas mas não está livre de efeitos adversos, sendo os mais importantes o risco infecioso, a maior incidência de neoplasias hematológicas, as reações de hipersensibilidade/anafiláticas e a toxicidade miocárdica. No que concerne aos diferentes fármacos desta classe, o etanercept parece ser o mais seguro nos doentes com elevado risco cardiovascular.
Caso Clínico: Mulher, 57 anos de idade, seguida na consulta de doenças auto-imunes por espondilartropatia seronegativa HLA-B27 positiva. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade. Previamente realizou vários cursos terapêuticos com fármacos de diferentes classes, incluindo imunossupressores clássicos e biológicos, que foram suspensos por falência primária, secundária ou por efeitos adversos. Foi introduzido um anti-TNFα, tendo sido escolhido o etanercept pelo seu maior perfil de segurança cardiovascular. O ecocardiograma transtorácico (ecoTT) prévio à introdução deste fármaco não mostrava alterações de relevo. A doente apresentou resposta clínica, com redução >50% do BASDAI e redução dos parâmetros inflamatórios. Cinco meses após a introdução deste, a doente foi internada por IC aguda, com ecoTT a mostrar dilatação severa da aurícula esquerda e moderada do ventrículo esquerdo e fração de ejeção deprimida (37%). O etanercept foi suspenso, com recuperação da função cardíaca e normalização da FEVE demonstrada por ecoTT. Causas alternativas para a progressão da IC foram excluídas.
Discussão: Os estudos RENAISSANCE e RECOVER propunham-se a encontrar um possível papel terapêutico dos antagonistas TNF na IC crónica, tendo em conta a elevação dos níveis séricos do TNF nestes doentes e a sua possível implicação na fisiopatologia deste síndrome. Apesar da ausência de benefício, verificou-se que a sua utilização não está associada a aumento da mortalidade ou das hospitalizações. Ainda assim, e apesar de rara, a toxicidade miocárdica direta secundária ao etanercept está descrita. Apesar de não estar contra-indicado em doentes com diagnóstico prévio de IC ou elevado risco cardiovascular, a sua utilização deve ser judiciosa e outras alternativas devem ser equacionadas.

CO n.º 1421

Miastenia gravis, uma doença rara desencadeada por SARS-CoV-2

BEATRIZ CASTRO SOARES MORAIS SILVA(1);Miguel Saianda Duarte(1); Patrícia Vicente
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A miastenia gravis (MG) é uma doença neuromuscular com produção de autoanticorpos que atingem a transmissão neuromuscular. A etiologia das exacerbações agudas da MG não é totalmente conhecida, ainda assim é sabido que em 30% dos casos está associado a infeções. A par disto, o vírus SARS-CoV-2 está associado a manifestações neurológicas, mais frequentemente: encefalopatia, AVC e Síndrome Guillain-Barré.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 78 anos, autónoma com antecedentes de Síndrome de Marfan, Cardiopatia isquémica, Dislipidemia e Bronquite crónica. Plano nacional de vacinação atualizado. Sem vacinação realizada recentemente. Recorre ao SU por astenia, ptose palpebral e perda de força motora (FM) de predomínio axial com agravamento ao final do dia. À admissão observada pela neurologia que objetiva ptose marcada do OE que agrava com fatigabilidade com melhoria após aplicação de gelo, disfonia ligeira, diminuição da FM proximal dos MS e MI (G3/4-). Realizou TC-CE que não demonstrou alterações e PCR-SARS-CoV-2 de resultado positivo. Foi assumido como diagnóstico presumptivo MG e administrada piridostigmina como prova terapêutica tendo melhorado dos défices motores. Posteriormente, 3 dias depois, verificou-se agravamento do cansaço associado à dificuldade respiratória, pelo que foi transferida para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para vigilância. Permaneceu 5 dias na UCI com evolução favorável do ponto de vista respiratório com necessidade de oxigenioterapia máxima de 4L/min e neurologicamente com persistência de ptose à esquerda e presença de fatigabilidade com movimentos repetitivos, mas sendo transferida para enfermaria por se encontrar estável, tendo alta posteriormente 5 dias.
Do estudo etiológico destaca-se: eletromiograma dentro da normalidade, mas sem possibilidade de exclusão de disfunção neuromuscular uma vez que se encontra sob piridostigmina, anticorpos anti-MUSK, anti-músculo estriado e anti-acetilcolina negativos, excluído timoma por TC-pescoço. Assumida MG seronegativa descompensada por infeção a SARS-CoV-2 com melhoria de sintomas após terapêutica, tendo alta com resolução da sintomatologia.
Os autores alertam para as manifestações neurológicas em doentes infetados por SARS-CoV-2, especificamente para a MG uma vez que na literatura apenas existe um caso descrito.

CO n.º 1434

Diátese hemorrágica - desafio diagnóstico no internamento em Medicina Interna

Isabel Filipa Bogalho Feminino Martins(1);Maria João Gomes(1);Ana Palricas(2);Russo Esteves(2);Adriana Watts Soares(2);a Filipa Gomes(1)
(1) Hospital CUF Sintra (2) CHLC - H S José

Tema: Doenças hematológicas

A hemofilia adquirida resulta do desenvolvimento de auto-anticorpos dirigidos a fatores da coagulação, sendo o VIII o mais frequente. É uma patologia rara (incidência 1.3-1.5 casos/milhão/ano), ocorrendo sobretudo acima dos 50 anos. As causas mais frequentes de hemofilia A adquirida são as doenças reumatológicas, oncológicas e induzidas por fármacos, a gravidez/período pós-parto.
Trata-se de mulher, 78 anos, com hipertensão arterial, cardiopatia isquémica (triplo bypass, antiagregada), obesidade e enfisema pulmonar tabágico. Vacina SARS-CoV2 dois meses antes. Observada em urgência por cansaço e queda da própria altura, 3 semanas antes, complicada de hematoma na coxa esquerda, com alta. Recorrência ao serviço de urgência dois dias depois, por agravamento clínico. Estudo laboratorial evidenciou anemia (Hb 8.9 g/dL), INR 1.5, aPTT 44 seg, sem trombocitopenia. Ecografia da coxa esquerda confirmou hematoma com 15 cm de maior eixo. Durante o internamento, aparecimento de focos equimóticos espontâneos (coxas, antebraços e mento). Transfundida com 4 unidades de concentrado eritrocitário, administração de 8 unidades de plasma fresco congelado, fibrinogénio e fitomenadiona, com controlo do foco hemorrágico e melhoria clínico-laboratorial. Por reagravamento clínico associado a novo incremento do aPTT, apesar das medidas terapêuticas, foi colocada a hipótese de hemofilia A adquirida, entretanto confirmada (documentada diminuição da atividade do fator VIII: 2%; anticorpo anti-fator VIII positivo: 38 UB). Realizada terapêutica com complexo protrombínico parcialmente ativado (CPPa) e prednisolona (1mg/kg). Por ausência de resposta inicial (elevação do aPTT para máximo de 99 seg), foi incrementada a dose de CPPa, administrado pulso de metilprednisolona (1.5g/dia x 5 dias) e rituximab (total de 4 doses com frequência semanal). Verificou-se evolução favorável, com normalização do aPTT, redução dos níveis de inibidor e aumento da atividade do fator VIII. Do estudo etiológico, foram excluídas doença oncológica e auto-imune, e iatrogenia a fármaco.
O presente caso reforça a importância de equacionar o diagnóstico de hemofilia adquirida em caso de alteração dos tempos de coagulação e refratoriedade clínica e laboratorial à terapêutica convencional, requerendo o diagnóstico um elevado nível de suspeição.

CO n.º 1456

Gota cervical: uma apresentação atípica de crise gotosa

Adriana Henriques(1);João Venda(1);João Cardoso Lopes(1);Ana Rita Ramalho(1);Sara Leitão(1);Rui Santos(1);Lélita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A gota é uma doença inflamatória por deposição de cristais de urato monossódico nos tecidos e articulações. Sendo mais comum a monoartrite aguda da primeira metatarso-falângica. O envolvimento axial exige elevado grau de suspeição e acuidade diagnóstica sendo a Tomografia Computadorizada de Dupla Energia (DECT) um importante avanço diagnóstico.
Caso clínico: Homem, 73 anos, admitido no serviço de urgência (SU) por cervicalgia de início insidioso e agravamento súbito após cirurgia de bypass coronário. Tinha dores intensas e incapacitantes, sem resposta à analgesia, perda generalizada da força muscular e dificuldade na marcha. Antecedentes de gota, desvalorizava a toma de alopurinol. Hábitos alimentares sem restrições e consumo diário de álcool. À admissão no SU referiu cefaleias e cervicalgia agravada pela mobilização e palpação, parestesias com irradiação às mãos, marcha atáxica e hemiparésia esquerda grau 4. Tofos gotosos nas mãos. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda. TC da coluna cervical: focos de erosão óssea em diversos segmentos, incluindo articulação atlanto-odontoideia, por processo de artrite/lesões líticas. No internamento foi confirmada hiperuricémia (12.7mg/dl) e excluídas doença infeciosa e neoplásica. Rx das mãos: focos de erosão óssea; RM cervical: artrite inflamatória e compromisso do orifício de conjugação nas articulações interapofisárias; PET-FDG: poliartrite sistémica em fase de grande atividade; DECT cervical: múltiplos depósitos de cristais de ácido úrico nas vértebras cervicais. Após o diagnóstico de gota cervical iniciou colquicina a que se associou prednisolona e ainda uso diurno de colar cervical Zimmer. Registada boa evolução com evidente melhoria.
Discussão: A apresentação atípica dificultou o reconhecimento, permitindo progressão da gota com envolvimento neurológico importante. Com os exames iniciais a sugerir doença neoplásica, a DECT cervical foi uma mais valia no diagnóstico diferencial permitindo instituir o tratamento adequado.

CO n.º 1466
Linfoma T anaplásico: um desafio diagnóstico
Sandra Oliveira Mendes(1);Susana Viana(1);Fátima Leal-Seabra(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: As adenopatias representam um desafio diagnóstico, sendo fundamental a argúcia clínica. Este caso destaca-se pelas atipias na apresentação, na evolução clínica e nos resultados dos exames de diagnóstico.
Caso clínico: Mulher de 27 anos com história de aftas recorrentes, lesões cutâneas e aumento da população gama/delta de linfócitos T desde a adolescência. Recorreu ao serviço de urgência por adenopatias axilar e supraclavicular direitas com 1 mês de evolução e dor de alívio apenas parcial com anti-inflamatórios. Associadamente com anorexia e astenia, sem febre, hipersudorese noturna ou perda ponderal. Exame objetivo com tumefação supraclavicular direita visível e adenopatia axilar direita de 1,5cm de diâmetro, dolorosa, móvel, de consistência elástica. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia, elevação de proteína C reativa e da velocidade de sedimentação. Ecografia revelou formações nodulares hipoecóicas, bem delimitadas, homogéneas. Realizou biópsia excisional de adenopatia axilar cuja citometria mostrou população linfóide de pequeno tamanho sem alterações imunofenotípicas relevantes, a apoiar etiologia infecciosa/inflamatória. Nas semanas seguintes verificou-se presença de conglomerado adenopático axilar com 10cm de diâmetro. Após revisão das imagens com Imagiologia realizou ressonância magnética que evidenciou volumosa massa tumoral retro e infra-axilar à direita, sólida, vascularizada e indissociável do músculo grande dorsal. Submetida a nova biópsia excisional e o estudo anatomopatológico mostrou neoplasia maligna densamente celular, com achados histológicos e imunohistoquímicos a favorecer hipótese de sarcoma. Após caracterização imunocitoquímica adicional em centro de referência, conclui-se que se tratava de um linfoma T anaplásico.
Discussão: Mesmo no doente jovem sem manifestação de sintomas B, as neoplasias hematológicas deverão ser uma hipótese diagnóstica. É fundamental a revisão dos exames em centros de referência perante manifestações atípicas.

CO n.º 1467

Múltiplas modalidades terapêuticas na embolia pulmonar de risco intermédio-alto

Sandra Oliveira Mendes(1);Rafaela Lopes Freitas(1);Joana Simões(1);Carolina Guedes(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: Na embolia pulmonar (EP) de risco intermédio-alto, segundo as recomendações atuais, a trombólise não está indicada. Nos doentes com insuficiência respiratória (IR) grave está indicada trombólise de resgate e se o doente apresentar risco hemorrágico poderá estar indicada tromboembolectomia percutânea (TEP) ou trombólise com redução de dose. Apresentamos o caso de uma doente com EP de risco intermédio-alto e com risco hemorrágico elevado, submetida a duas terapêuticas de resgate.
Caso clínico: Mulher de 54 anos com massa tumoral abdominal em estudo com carcinomatose peritoneal e trombose venosa profunda (TVP) prévia, hipocoagulada com rivaroxabano. Admitida por tromboembolismo venoso com TVP femoral direita e EP de risco intermédio-alto com IR hipoxémica grave. Iniciou heparina de baixo peso molecular, não considerada trombólise *standard* pelo alto risco hemorrágico (neoplasia a caracterizar e hipocoagulação). Difícil gestão da IR com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia de alto fluxo com manutenção de rácios PaO2/FiO2 inferiores a 100. Prosseguiu para TEP que mostrou oclusão total dos segmentos do lobo superior direito, feita aspiração de trombo e instituída perfusão de alteplase localmente. Na reavaliação imagiológica às 72 horas mantinha trombo e ausência de melhoria da IR; decidida trombólise de resgate segundo protocolo do "*MOPETT trial*" seguida de nova TEP que mostrou ausência de obstrução a nível central e segmentar e manutenção de trombo não oclusivo da artéria lobar superior direita, que foi aspirado. Melhoria da IR a possibilitar redução do aporte de O2 para oxigenoterapia convencional por cânula nasal no período diurno e VNI em modo CPAP no período noturno, permitindo progressão do estudo da doença oncológica.
Discussão: A discussão multidisciplinar é fulcral na gestão de casos complexos de EP de risco intermédio-alto. Em casos selecionados, as múltiplas terapêuticas de resgate têm importante papel na redução do *burden* trombótico e melhoria do *outcome* clínico.

CO n.º 1476

Lesões osteoblásticas: uma apresentação rara de um adenocarcinoma gástrico

Patrícia Amaral de Almeida(1);Filipa Batista(1);Joana Antunes(1);André Carvalho(1);Fátima Guedes(1);Luísa Loureiro(1);Teresa Alfaiate(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Lesões metastáticas ósseas são incomuns em doentes com neoplasias gástricas (1-20%), contudo, se presentes, são maioritariamente osteolíticas. Por outro lado, as lesões osteobláticas neste contexto são extremamente raras, estando descritos na literatura mundial 15 casos, e estão associadas a uma sobrevida média de 4 a 6 meses.
Caso clínico: Homem de 61 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia intensa com 1 mês de evolução e agravamento progressivo. Referiu perda ponderal de 11% e períodos de sudorese profusa. Tinha antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, medicado com metformina. Analiticamente salientava-se anemia normocítica (hemoglobina mínima de 10.7 g/dL), trombocitopenia (109000/uL) e elevação da lactato desidrogenase (661U/L), fosfatase alcalina (473U/L) e proteína C reativa (179.97 mg/L). A tomografia computorizada (TC) da coluna vertebral revelou lesões ósseas de aparente natureza osteoblástica na coluna lombar e dorsal e ossos ilíacos. A ressonância magnética da coluna lombar sugeriu também infiltração metastática osteoblástica.
Prosseguindo no estudo etiológico, foi realizada TC toraco-abdomino-pélvica não mostrou lesão compatível com neoplasia primária. Na endoscopia digestiva alta foi objetivada uma lesão gástrica ulcerada. A colonoscopia e ecografias tiroideia e escrotal não revelaram lesões suspeitas. O exame anatomopatológico (AP) da lesão gástrica revelou adenocarcinoma misto (áreas tubulares e áreas de células pouco coesas e com fenótipo em "anel de sinete"). O exame AP de uma das lesões ósseas confirmou metastização por carcinoma. Um mês após a admissão no SU, o doente foi internado por um acidente vascular cerebral isquémico, com hemianopsia.
O doente faleceu 5 semanas após a realização do primeiro exame complementar a sugerir lesões osteoblásticas.
Discussão: Os autores apresentam este caso clínico por se tratar de uma apresentação muito atípica e rara de uma neoplasia gástrica, particularmente de um adenocarcinoma misto, constituindo um desafio diagnóstico. A evolução do doente apresentado foi muito desfavorável, com uma sobrevida inferior à média dos poucos doentes descritos na literatura.

CO n.º 1489

Tiroidite subaguda após vacinação contra a COVID-19

Filipa Gomes(1);Maria Ferreira(1);Maria João Gomes(1);Isabel Bogalho(1);Inês Bargiela(1);Sofia Ventura(1)
(1) Hospital CUF Sintra

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A tiroidite subaguda é uma inflamação da tiroide, frequentemente associada a infeção viral ou processo inflamatório pós-viral. Foram relatados raros casos após administração de vacinas virais, como a vacina contra a gripe sazonal.
CASO CLÍNICO: Descreve-se o caso de um homem de 39 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com história de duas inoculações da vacina mRNA da Pfizer-BioNTech contra a COVID-19. Referenciado à consulta de Medicina por quadro de febre diária, vespertina, mialgias e sudorese noturna, com uma semana de evolução. Objetivamente tinha dor à palpação da região anterior do pescoço, sem aumento da tiroide. Observado 3 dias antes no Atendimento Permanente, onde apresentava leucocitose 12900/mm^3, VS 61mm/h, PCR 4.52mg/dL e PCT <0.05ng/mL, sem outras alterações.
Da investigação complementar, a destacar TSH 0.02mUI/L, FT4 2.24ng/dL, FT3 7.12pg/mL, tiroglobulina 1100ng/mL, serologias virais e autoimunes negativas, incluindo anticorpos anti-tiroideus. A ecografia revelou tiroide globosa, heterogénea, sem nódulos. A cintigrafia da tiroide mostrou ausência de captação de radiofármaco no tecido tiroideu, confirmando a hipótese de tiroidite subaguda.
Iniciou prednisolona 40mg/dia e atenolol 50mg/dia, com regressão dos sintomas. Fez posteriormente desmame da corticoterapia, com normalização da função tiroideia, descida da VS e PCR, um mês após início da terapêutica.
Das etiologias prováveis apenas se identificou a segunda dose da vacina mRNA contra a COVID-19 28 dias antes do início da sintomatologia. A suspeita de reação adversa foi notificada ao INFARMED e considerada como “Possível” devido à relação temporal plausível e por esta estar documentada na Base de Notificação da OMS.
DISCUSSÃO: Este caso permite alertar os clínicos para a possibilidade de tiroidite subaguda após qualquer vacinação. Além das proteínas virais, os adjuvantes usados nas vacinas para incrementarem as reações imunológicas, podem desencadear também reações autoimunes.

CO n.º 1492

A busca pela etiologia improvável

Joana Marques(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Henrique Pina(1);Rita Féria(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A pericardite recorrente é em cerca de 80% casos de etiologia idiopática, sendo que a recorrência surge em 15-30% dos casos após um episódio de pericardite aguda.
Caso clínico: Mulher, 31 anos acompanhada após 3 episódios de pericardite. O primeiro episódio caracterizou-se por um período prodrómico de náuseas, vómitos e mal estar geral seguido de dor precordial de intensidade crescente. Foi admitida na UCI em choque obstrutivo com necessidade de pericardiocentese tendo iniciado ácido acetilsalicílico, colquicina e prednisolona. Os 2 episódios seguintes surgiram com sintomatologia semelhante e após redução de dose de corticoide. No momento dos episódios agudos verifica-se a presença de síndrome inflamatório, com subida de PCR, discreta leucocitose, sem lesão renal ou outras alterações. Identificou-se ainda durante o período agudo hipoproteinémia e hipoalbuminémia graves.
O estudo etiológico foi negativo, incluindo serologias virais, exames bacteriológicos e micobacteriológicos do sangue e pericárdio e imunologia. Exame Imagiológico com TC e PET sem evidência neoplásica. Endoscopia e colonoscopia sem alterações.
Após o terceiro episódio medicada com terapêutica tripla (colquicina, prednisolona 0.5mg/kg/dia e ácido acetilsalicílico) com estabilidade e redução lenta do tratamento.
Após redução de prednisolona para 5mg/dia inicia náuseas e vómitos recorrentes, sem outras queixas associadas, sem febre nem recorrência de dor pré-cordial. Analiticamente com hiponatremia (128-132mmol/L) e discreta hipercaliemia (5.3mmol/L), osmolaridade sérica baixa, osmolaridade urinária normal. Estudo complementar com ACTH francamente elevada (890pg/mL). TC abdomino-pelvico com glândulas suprarrenais de pequenas dimensões. RM-CE sem evidência de nódulos hipofisários.
Considerando os achados analíticos admitido o diagnóstico de doença de Addisson, iniciou fludrocortisona e alterado glucocorticoide para hidrocortisona. Após otimização terapêutica em estabilidade.
Conclusão : Partilhamos este caso pelo desafio clínico, não só pela abordagem da pericardite recorrente, mas a associação com doença de Addison. São escassos os casos reportados na literatura de doença de Addison com manifestação inicial de pericardite, sendo o mecanismo subjacente é ainda desconhecido.

CO n.º 1499

Consolidação pulmonar – um raro envolvimento primário do linfoma linfoplasmocítico

Cláudia Diogo(1);Ângela Cunha(1);Ana Isabel Rodrigues(1);Daniela Antunes(1);Ana Catarina Domigues(1);Tiago Pais(1);Bruno Cabreiro(1);Carolina Fernandes(1);Ana Cláudia Cunha(1);Patrícia Fernandes(1);Joana Raquel Monteiro(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) CHLeiria St. André

Tema: Doenças hematológicas

O linfoma linfoplasmocítico (LPL) é uma neoplasia indolente composta por linfócitos B, linfócitos plasmocitóides e plasmócitos que secretam paraproteínas monoclonais. Apesar do envolvimento medular e sangue periférico, o atingimento pulmonar é raro (3-5%). O envolvimento primário do LPL a nível pulmonar, sem envolvimento medular, é extremamente raro (<1% de todos os linfomas). Os autores apresentam o caso de uma doente de 51 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia, tosse, astenia e episódios de epistaxes recorrentes com meses de evolução. Do estudo realizado destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória tipo 1 ligeira e uma extensa consolidação com broncograma aéreo do lobo inferior do pulmão esquerdo, evidenciada por TC. A doente foi internada com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico e claritromicina. Ao 10º dia de antibioterapia, por refratariedade clínica e imagiológica, foi realizada broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas e sem isolamentos microbiológicos no lavado broncoalveolar e aspirado brônquico. Do estudo adicional realizado devido às epistáxis recorrentes identificou-se um pico monoclonal IgM sérico e linfoplasmocitose em sangue periférico, e um aumento da lactato desidrogenase. O exame anatomopatológico da biópsia pulmonar revelou um infiltrado denso de pequenos linfócitos e linfócitos B intermédios, e a biópsia da medula óssea não evidenciou envolvimento. Achados compatíveis com o diagnóstico de linfoma plasmocítico não-Macroglobulinemia de Walderström (WM) primário do pulmão. A doente foi referenciada para a especialidade de Hematologia, iniciou tratamento dirigido com quimioterapia, com boa evolução clínica e imagiológica.
O conhecimento científico sobre o LPL é marioritariamente sobre MW e o envolvimento pulmonar primário do LPL extremamente raro, sendo este o terceiro caso descrito na literatura. Neste sentido, os autores consideram importante despertar os clínicos para a investigação de etiologias neoplásicas quando estão perante casos de pneumonias refratárias à antibioterapia, sem fatores de risco para microrganismos multirresistentes conhecidos.

CO n.º 1504
Quem vê mãos pode ver corações!
Diana Brites(1);Filipa Leitão(1);Fábia Cruz(1);Joana Carvalho(1);Soraia Proença e Silva(1);Catarina Forra(1);Mafalda Ferreira(1);Sara Sintra(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A síndrome do túnel cárpico (STC) é frequente em doentes com mais de 50 anos. A amiloidose é uma doença pouco comum, que consiste na deposição extracelular de cadeias de proteínas anormais, podendo afetar vários órgãos. A STC pode dever-se à deposição de substância amilóide, sendo que a sua presença em doentes com insuficiênca cardíaca (IC) com fração de ejeção (Fej) preservada, obriga a excluir amiloidose, apesar de ser uma causa rara.
Caso Clínico: Homem de 75 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por perda de sensibilidade bilateral nas mãos, associada a astenia, aumento do perímetro abdominal, edema dos membros inferiores, com evolução de 1 ano. À observação, parestesias nas mãos, abdómen volumoso e edema bimaleoar. Analiticamente com hiperbilirrubinémia. Foi pedida tomografia computorizada que mostrou derrame pleural bilateral e peritoneal e aumento global das cavidades cardíacas. Foi encaminhado para a consulta de Ortopedia, com marcação de cirurgia de STC urgente e para a consulta de Medicina Interna para investigação. Do estudo realizado, a ecocardiografia relevou uma Fej preservada e hipertrofia das paredes ventriculares. Para melhor caracterização, foi feita ressonância magnética cardíaca onde se observou hipocinésia global, hipertrofia concêntrica e realce tardio, compatível com infiltração amilóide. A cintigrafia mostrou intensa captação de DPD-Tc99m no miocárdio, sugerindo a hipótese de amiloidose associada à transtirretina. Com base na imunofixação sérica sem componente monoclonal, excluiu-se amiloidose AL. Após ser estabelecido o diagnóstico de Amiloidose Cardíaca, o doente iniciou terapêutica com tafamidis.
Discussão: Este caso apresenta interesse clínico evidente pelo facto da sintomatologia inicial ser uma red flag de uma patologia rara, com difícil diagnóstico. Torna-se crucial a suspeição clínica em doentes com IC e alterações neurodegenerativas, pois apesar do mau prognóstico, existe tratamento farmacológico modificador de doença.

CO n.º 1512

LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA – UMA CAUSA SECUNDÁRIA DE LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA

Danay Perez(1);João Caiano Gil(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A linfo-histiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome rara, mas potencialmente fatal, caracterizada por um estado pró-inflamatório secundário à hiperativação patológica do sistema imunológico. As doenças hemato-oncológicas (DHO) constituem uma das entidades mais frequentemente associadas a LHH secundária, estimando-se que até 0,9% dos adultos com DHO apresente esta complicação.
Mulher de 74 anos, com hipertensão arterial, doença renal crónica estadio 3a por nefrosclerose e esquizofrenia paranoide, avaliada no serviço de urgência por dispneia, tosse seca e dispneia com 2 dias de evolução. Apresentava-se hipotensa, taquicárdica e taquipneica, com saturação periférica de 86% em ar ambiente e crepitações dispersas à auscultação pulmonar. Analiticamente com pancitopenia grave (hemoglobina 5,8g/dl normocítica e normocrómica, plaquetas 6x10^3/µl, leucócitos 1650/µl e neutrófilos 500/µl), elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 142mg/L, ferritina 1197ng/ml e VS 45mm/h), e radiografia torácica com infiltrados parenquimatosos bilaterais. Assumida sépsis com ponto de partida em pneumonia, tendo cumprido antibioterapia durante 10 dias, sem isolamento microbiológico, incluindo no lavado broncoalveolar. Durante o internamento, com persistência de febre alta (39-40ºC) e pancitopenia grave, evoluindo com dados de ativação macrofágica (ferritina 72000ng/ml, triglicerídeos 272mg/dl, CD25 solúvel 1253U/L e esplenomegalia). Iniciado tratamento com Dexametasona 10mg/m2/dia intravenosa e efetuada biópsia de medula óssea, que foi compatível com leucemia mieloblástica aguda por mutação no gene TP53. Orientada, em conjunto com a Hematologia, para decisão de tratamento dirigido, adaptado às características da doente e Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale.
Este caso sublinha a necessidade de uma elevada suspeição clínica para um diagnóstico e tratamento atempados, constituindo a sua manifestação um índice independente de pior prognóstico.

CO n.º 1531

Duas hipóteses, um diagnóstico: Amiloidose cardíaca

Marta Moreira da Silva(1);Ana t Duarte(1);Sandra Ribeiro Correia(1);João Rodrigues(1);Diana Isabel Rocha(1);Sara Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Rosa Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças cardiovasculares

A amiloidose cardíaca (AC) é uma causa de insuficiência cardíaca (IC) sub-diagnosticada. Deve ser equacionada aquando de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) de padrão infiltrativo ou estenose aórtica com deteção ecográfica de um padrão de apical sparing.
Os 2 tipos mais comuns de AC são a transtirretina (ATTR) e a de cadeias leves (ALC) dependendo do percursor da proteína do depósito amiloide.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 79 anos com doença de Alzheimer (FAST 6c), Hipertensão Arterial e IC com fração de ejeção preservada em classe II de NYHA admitida para estudo de acrocianose e úlceras digitais, cujo diagnóstico final foi o de um eritema pérnio. No estudo realizado, o ecocardiograma mostrou uma HVE concêntrica grave, de aspecto infiltrativo com disfunção diastólica; função sistólica ventricular conservada com evidência de "apical sparing" por "strain" longitudinal. Perante estes achados, com pesquisa de proteínas monoclonais no sangue inicialmente negativa, levantou-se a hipótese de uma AC do tipo ATTR. A cintigrafia cardíaca sugeriu deposição cardíaca de ATTR. O estudo genético não identificou mutação no gene TRR. Repetida a pesquisa de proteínas monoclonais, que desta vez revelou uma banda de imunoglobulina monoclonal de tipo IgA/Lambda, com rácio de Kappa/Lambda livre de 3,04. Foi realizada também biópsia de gordura abdominal com deposição de substância amiloide, não sendo possível a tipagem da proteína em questão pela reduzida dimensão da amostra.
O diagnóstico final é de AC do tipo ATTR wild type sobreposta a uma AL, numa doente com sinais de amiloidose sistémica e com uma doença neurodegenerativa (demência) potencialmente enquadrável um contexto fisiopatológico semelhante.
O diagnóstico é fundamental: no caso de se tratar de uma AC do tipo ATTR é necessário rastrear os familiares e orientar o tratamento com estabilizadores da doença e silenciadores genéticos. Nas AC do tipo AL, a biópsia extra-cardíaca positiva e presença de uma proteína monoclonal, é imperativo considerar o início de quimioterapia associado ao tratamento da IC.

CO n.º 1535

Distúrbio de ritmo na Síndrome de Guillain-Barré: a propósito de um caso clínico

SANDRA ISABEL OLIVEIRA MENDES(1);Tiago Castro Pinto(1);Liliana Carneiro(1);Henrique Guedes(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Nos doentes com Síndrome de Guillain-Barré (SGB), a disfunção autonómica surge em até 70% e as complicações cardiogénicas são das causas mais frequentes de morbimortalidade. A gestão das perturbações de ritmo secundárias a disautonomia é desafiante: pela imprevisibilidade de recuperação, pelas consequências da doença ou da iatrogenia de intervenções *a posteriori* reveladas fúteis. Descrevemos um caso de SGB que, entre outras disfunções, apresentou disritmia transitória, e a forma como foi abordada.
Caso clínico: Mulher de 56 anos admitida por quadro clínico e achados laboratoriais e eletromiográficos compatíveis com SGB, cujo único *trigger* identificado foi inoculação SARS-CoV-2(Janssen®) 3semanas antes do início das queixas: cansaço, perda de força, parestesias, incontinência urinária e obstipação. Objetivamente com arreflexia e hipostesia dos membros superiores, anestesia e diminuição da força segmentar dos membros inferiores, alterações da propriocepção, *peak-flow meter* 190L/min e hiponatrémia 120mEq/L. Cumpriu ciclo de 5dias de imunoglobulina inespecífica intravenosa(IVIG), sem melhoria clínica imediata mas com evolução favorável lenta. 3dias após término de IVIG, constatadas pausas sinusais na telemetria, assintomáticas, durante o sono, com duração máxima de 9,7segundos. Assumido quadro de disautonomia associada ao SGB, potencialmente transitório; decidiu-se instituir perfusão de isoprenalina no período noturno. Ressonância magnética excluiu cardiopatia estrutural/alterações morfológicas. Ponderada colocação de *pacemaker* definitivo, no entanto verificou-se resolução do distúrbio de ritmo com suspensão de isoprenalina 10dias após o 1º episódio, a par da melhoria dos défices neurológicos.
Discussão: Devemos estar alerta para as complicações cardiovasculares nos doentes com SGB, frequentes e potencialmente catastróficas. No caso das alterações de ritmo, em que não existem recomendações de tratamento estabelecidas, a discussão multidisciplinar do risco/benefício de cada estratégia é essencial.

CO n.º 1560
Um caso raro de agressividade
Pedro Moules(1);Maria m. Roque(1);Rita Palma Féria(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

A neoplasia pulmonar é a segunda mais comum tanto no sexo masculino como no feminino e é a neoplasia com maior mortalidade em ambos os sexos. Tem como principal fator de risco o tabagismo.
Apresentamos o caso de uma mulher de 59 anos, fumadora, admitida por anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução com dispneia, tosse não produtiva e dor na coxa esquerda. Ao exame objetivo, vígil, bom estado geral, murmúrio vesicular diminuído nas bases com fervores crepitantes no hemitórax esquerdo. Analiticamente com leucocitose, com neutrofilia, discreta hipercalcémia, sem outras alterações. Radiografia do tórax com reforço intersticial bilateral.
Realizou tomografia computorizada (TC) do tórax com identificação de volumosas adenopatias mediastínicas com aspeto sugestivo de necrose central. TC abdominal e pélvica com nódulos das suprarrenais suspeitos de secundarização. Do restante estudo, cintigrafia óssea, demonstrando atividade osteoblástica no fémur esquerdo e na omoplata esquerda. Realizada broncofibroscopia com biópsia ecoguiada de adenopatias mediastínicas e lavado broncoalveolar. Teve alta a aguardar resultado histológico, posteriormente compatível com carcinoma de não pequenas células do pulmão.
Reinternada 2 semanas depois já com surgimento de lesão com cerca de 3 cm na região posterior cervical arroxeada, dolorosa à palpação, dura e aderente aos planos profundos em relação com implante cutâneo. Iniciou quimioterapia mantendo, no entanto, evolução altamente agressiva da sua neoplasia tendo vindo a falecer em internamento.
A presença de adenopatias mediastínicas necróticas são pouco relatadas na associação a neoplasia do pulmão, contudo podem indicar uma agressividade acrescida. Adicionalmente a doença metastática na pele é rara e confere um pior prognóstico.
Este caso revelou-se paradigmático no que toca a demonstração da elevada agressividade deste tipo histológico de neoplasia do pulmão, motivo pelo qual os autores consideraram pertinente apresentá-lo.

CO n.º 1582

Tuberculose disseminada e Miocardiopatia dilatada, coincidência ou relação?

Carla Silva Gonçalves(1);Rita Rego(1);André Silva(1);João Neves Maia(1);Ana Rita Cruz(1);Álvaro Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose disseminada é uma apresentação rara de tuberculose extrapulmonar em doentes imunocompetentes. Ainda que se possa apresentar em qualquer idade, tem uma maior incidência em idades avançadas e em imunocomprometidos. Apresenta-se habitualmente com clínica inespecífica e são vários os desafios no seu diagnóstico.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 23 anos, fumadora, com antecedentes de tuberculose latente em 2019. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse intensa, por vezes produtiva, dor torácica de características pleuríticas, febre e episódios de hipersudorese noturna com oito meses de evolução. Referia também perda peso objetivada de 30Kg, astenia e artralgias que dificultavam a marcha. Realizou angiotomografia computadorizada de tórax a identificar múltiplas adenomegalias pré-vasculares e peri-traqueais, assim como incontáveis micronódulos dispersos pelo parênquima pulmonar. A tomografia computadorizada abdomino-pélvica mostrou atingimento esplénico e hepático. Teste molecular de amplificação de ácidos nucleicos positivo para mycobacterium tuberculosis. Paralelamente com NT-proBNP de 920 pg/mL e ecocardiograma a evidenciar derrame pericárdico de novo, não constritivo, e sinais de miocardiopatia dilatada com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (34%). Equacionada a possibilidade de se tratar de quadro de miocardite de etiologia infeciosa e/ou congénita (previamente desconhecida). Iniciou terapêutica antibacilar e modificadora de prognóstico dirigida à insuficiência cardíaca, com boa tolerância e resposta clínica.
Conclusão: Pretende-se realçar a atípica exuberância do quadro numa jovem imunocompetente cujo fator de risco mais óbvio de momento será trabalhar num Centro de Atendimento a Toxicodependentes. Em estudo a possibilidade de a doente apresentar suscetibilidade mendeliana a mycobacterium tuberculosis, uma entidade pouco frequente.

CO n.º 1644

Lesões ocupantes de espaço num fígado cirrótico: quando pensar em metastização

SERGIO FILIPE MONTEIRO PEREIRA(1);Elisabete Ribeiro(2);Leonor Silva(3);Joana Cabrera(3);Sonia Carvalho(4);Inês Pinho(4);Paulo Carrola(4);Jose Presa(4)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães (3) HOSPITAL GAIA (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A extensa vascularização hepática (portal e sistémica) associada a disseminação hematológica de determinadas neoplasias, tornam o fígado um local comum de metastização. Todavia, vários estudos têm demonstrado que a presença de cirrose hepática (CH) pode reduzir o risco de surgimento de metastização hepática.
Objetivo: Avaliar a prevalência de metastização hepática em doentes com CH, juntamente com a caracterização clínica dessa população.
Métodos: Estudo retrospetivo, unicêntrico dos doentes avaliados em consulta de grupo multidisciplinar de patologia hepatobiliopancreática de 01/01/2017 a 31/12/2021. Foram identificados doentes com CH e lesões hepáticas malignas (primarias ou secundárias). Foram consultados os processos clínicos a partir de dados administrativos Sclinico, com análise e tratamento dos dados através da ferramenta informática Excel™ 2016.
Resultados: Foram incluídos no estudo 190 doentes com CH e com lesões hepáticas malignas, dos quais 85 % eram do sexo masculino (n=162), com uma mediana de idade de 68 anos (AIQ 41-91). A maioria dos cirróticos encontravam-se no estadio Child-Pugh A, sendo a perturbação do uso do álcool o principal fator etiológico (n=145), seguido da etiologia viral (n=20). O carcinoma hepatocelular (CHC) foi a neoplasia mais prevalente em 93,2% (n=177) dos casos, seguido do colangiocarcinoma intra-hepático em 4,2% (n=8), com os restantes 2,6% (n=5) devido a metástases hepáticas. As neoplasias sólidas do trato gastrointestinal foram as que mais contribuíram para a secundarização hepática nos cirróticos: gástrica (n=2), pâncreas (n=1), colon (n=1) e linfoma não Hodgkin células B (n=1). Quanto ao tratamento instituído após o diagnóstico, um caso foi submetido a cirurgia, um a quimioterapia, sendo que nos restantes se privilegiaram medidas paliativas de best supportive care. Quatro acabaram por falecer (80%), dos quais 3 ainda nos primeiros 60 dias após diagnóstico de metastização. A referenciação para os cuidados paliativos foi realizada em apenas 1 caso.
Conclusões: Com uma prevalência de 2,6%, a metastização hepática no fígado cirrótico é pouco frequente. Este estudo pretende demonstrar que num fígado cirrótico o aparecimento de uma lesão ocupante de espaço (com elevada suspeição de malignidade), nos deve fazer pensar em primeiro lugar para o CHC. Pela elevada taxa de mortalidade e carga sintomática associada, é pertinente uma referenciação e orientação precoce destes doentes para os cuidados paliativos.

CO n.º 1646

AIDP - To treat or not to threat, that's the question

Bernardo Lopes Leitão Vidal Pimentel(1);Francisco Soares Laranjeira(1);Nuno Maia Das Neves(1);Margarida I. Nascimento(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Pedro Morais Sarmento(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUCTION
Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP) is one of the most common causes of critical acute neuromuscular weakness. There is uncertainty regarding its best management, which potentially exposes patients to risks without additional benefit.
CLINICAL CASE
A 52-years-old woman was admitted with distal hypoesthesia and hyporeflexia in the past five days. She also reported mild cough and altered gastrointestinal transit one week before the present symptoms. Spinal and cranial magnetic ressonance were normal. A lumbar punction revealed albuminocytologic dissociation and an electromyography suggested an AIDP-pattern. Serum and liquor cytomegalovirus (CMV) immunoglobulins (IG) M and G were positive. An AIDP following CMV infection was assumed. A five-days intravenous (IV) IG (IVIG) course was completed. In the 6th inpatient day (InD), she developed distal ascending flaccid paralysis and respiratory failure (RF). A five-sessions plasma exchange (PLEX) course was completed. The motor and respiratory status improved, avoiding mechanical ventilation. In the 11th InD and during the PLEX course, she developed fever and methicillin-sensitive staphylococcus aureus (MSSA) bacteriemia. IV flucloxacillin was initiated. Initially, a transesophageal echocardiography (TTE) had no vegetations, but after one week a second TTE revealed a mitral vegetation and infectious endocarditis (IE) was assumed. Other septic foci were excluded. Patient was discharged after 25 days of antimicrobial therapy (15 days after negative blood cultures), with complete motor and respiratory improvement. She completed 15 days of IV daptomycin in the outpatient clinic with complete of IE.
DISCUSSION AND CONCLUSION
Besides no high-quality evidence, inpatient AIDP merits treatment with IVIG or PLEX, preferably after clinical diagnosis as early as possible. Retreatment after worsening is controversial because of the risk exposure. In our case, a critical worsening of AIDP led to a hardly avoidable retreatment which culminated with a harmful consequence.

CO n.º 1668

Choque distributivo por insuficiência suprarrenal como apresentação inaugural de neoplasia

Sofia Ramos(1);Diogo Faustino(1);Adriana Watts Soares(1);Manuel Monteiro(1);Rita Prayce(1);Isabel Baptista(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A insuficiência suprarrenal primária é uma doença rara caracterizada pelo défice de produção de corticosteróides. Apresentamos um caso invulgar em que esta entidade foi a manifestação inicial de uma neoplasia previamente desconhecida.
Caso Clínico: Mulher de 68 anos, com história de tabagismo ativo, foi admitida no serviço de urgência e posteriormente na unidade de cuidados intensivos por quadro de prostração, hipotensão e oligoanúria com evolução para choque distributivo. Inicialmente abordado como sépsis com ponto partida intestinal por referência a diarreia nos dias anteriores e evidência de dilatação da ampola retal em TC abdominopélvica, mas os exames culturais não isolaram agentes microbianos nem houve melhoria clínica com antibioterapia empírica de espetro alargado. Pela refratariedade ao suporte vasopressor, iniciou corticoterapia com reversão significativa e rápida do choque. No serviço de medicina interna, foi colocada a hipótese de défice de hormonas esteróides endógenas. Realizou doseamento de ACTH após suspensão provisória da corticoterapia, evidenciando-se valor muito elevado e cortisol sérico matinal e aldosterona baixos, confirmando insuficiência suprarrenal primária. Realizou TC toracoabdominopélvica que mostrou nódulos nas glândulas suprarrenais, no pulmão direito e mamas bilateralmente, um palpável à direita, que foi biopsiado. O estudo complementar, incluindo histopatológico, concluiu em carcinoma invasivo da mama triplo negativo disseminado; admitindo-se a insuficiência suprarrenal primária por infiltração neoplásica de tumor previamente desconhecido.
Discussão: A identificação de envolvimento das glândulas suprarrenais em neoplasias mamárias é comum em autópsias, mas raramente é sintomático. O caso apresentado reflete uma marcha diagnóstica desafiante que realça a importância do diagnóstico diferencial do choque distributivo e da insuficiência suprarrenal primária.

CO n.º 1688

Neurofibromatose tipo 1, um diagnóstico tardio: a propósito de um caso clínico

Clara Pinto(1);Inês Pinheiro(1);João Faia(1);Ana Paiva Santos(1);Ana Érica Ferreira(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução: A neurofibromatose (NF) é uma doença rara causada pela mutação do gene NF1, sendo o tipo 1 (Doença de *Von Recklinghausen*) o mais frequente. Carateriza-se por manchas café com leite, nódulos de *Lisch* e neurofibromas.
Caso Clínico: Mulher de 49 anos, hipertensa, recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas e vómitos aquosos esverdeados com um mês de evolução, sem relação com a ingesta. Sem melhoria com antieméticos e em agravamento progressivo. Tinha queixas de diplopia binocular vertical com dois meses de evolução e mais recentemente cefaleia fronto-temporal esquerda de caráter oscilante. Mãe com clínica similar sem diagnóstico (já falecida). No exame objetivo tinha manchas café com leite dispersas pelo corpo, bem como neurofibromas no couro cabeludo e pescoço. No exame neurológico, estrabismo vertical, nistagmo espontâneo e excêntrico e ataxia axial e dos membros direitos.
A TC crânio-encefálica (CE) mostrou lesão ocupante de espaço na região do pedúnculo cerebeloso médio e da vertente superior do hemisfério cerebeloso direito. A RM-CE evidenciou lesão expansiva centrada no pedúnculo cerebeloso médio e superior direito e na transição pontomesencefálica póstero-lateral direita contígua, com ligeiro edema e moldagem do 4º ventrículo e aumento do calibre dos nervos óticos no trajeto intraorbitário e endocraniano pré-quiasmático.
Foi avaliada pela Neurocirurgia que confirma neuropatia ótica esquerda compressiva e a presença de nódulos de *Lisch* na íris bilateralmente. Assim, a presença de glioma dos nervos óticos e possivelmente da fossa posterior corrobora a possibilidade de neurofibromatose tipo 1. Aguarda biópsia da lesão cerebral.
Discussão: A NF está associada a maior taxa de tumores sendo os gliomas os mais frequentes. Os nódulos de *Lisch*, presentes nesta doente, não afetam a visão. Neste caso, a diplopia bilateral relaciona-se com a lesão cerebral. Salienta-se a importância da história clínica inicial na abordagem de todos os doentes.

CO n.º 1696
Titulo: Síndrome torácica aguda na gravidez " O papel do Internista"
Jorgina Chopeto Isaías(1);Sofia Prada(1);Fernando Aldomiro(1);Marinela Major(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A síndrome torácica aguda (STA) é definida como presença de novo infiltrado na radiografia do tórax, associada a sintomas respiratórios e/ou febre. Ocorre em até metade dos doentes com drepanocitose e é uma das principais causas de morbimortalidade. A etiologia é multifactorial e inclui infecções, vaso-oclusão e tromboembolismo. A abordagem do STA inclui analgesia, oxigénio, espirometria, broncodilatadores, antibióticos e transfusão simples e permuta

Caso clínico

Mulher 26 anos de idade, grávida de 19 semanas, drepanocitose SS, múltiplos internamentos por crise vaso-oclusiva, anemia hemolítica auto-imune. Hidroxiureia suspensa 3 meses antes da gravidez.

Admitida na urgência com queixas álgicas nos joelhos e cintura pélvica. À admissão: mucosas descordas, ictérica e apirética. Analiticamente com: Hb: 5.9g/dl, bilirrubina total: 6.8mg/dl a custa da indirecta; LDH: 842U/L, haptoglobina indoseavel e PCR 24mg/dl. Internada com o diagnóstico de crise vaso-oclusiva e infecção do trato urinário. Institui-se terapêutica com analgesia, oxigenoterapia a 2l/min, realizou 2UCE, antibioterapia dirigida para *E.Coli* isolada em urocultura.

Ao 3º dia de internamento, evoluiu com febre, polipneia e dessaturação com necessidade de incremento para MAD (78%» 98%). Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos, por STA. A radiografia do tórax mostrou infiltrado difuso bilateral, com agravamento analítico (Hb: 4.3g/dL; Bilirrubina total: 8.8mg/dL, LDH: 3440 UI/L e haptoglobina <10; HbS 65.7%, HbA 22.6%, HbF 7.5%). Da investigação realizada destaca-se a presença de anticorpos (anti-eritrocitos Anti-C, anti-k e anti –S) sugestivo de se tratar de fenómeno hemolítico secundário a aloimunização e de anemia agudizada pela doença de base. Iniciou corticoterpia e realizou transfusão permuta, verificando-se franca melhoria do quadro respiratório, dos parâmetros de hemólise e controlo álgico. Na enfermaria de medicina realizou um ciclo de imunoglobulina com resposta favorável. Actualmente estável, com gravidez de 24 semanas, tendo boa evolução. com seguimento em consulta de Medicina Interna e Obstetrícia.

Discussão: É fundamental a suspeição das principais complicações agudas e fatais da drepanocitose, uma vez que o reconhecimento precoce e a rápida instituição terapêutica modificam o prognóstico da doença.

CO n.º 1701

Trombose completa da veia mesentérica: um diagnóstico insólito num doente com febre

Mariana Rodrigues Simões(1);Mariana Guerra(1);Daniela Marado(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombose da veia mesentérica é uma condição rara que pode levar a isquemia intestinal. Tipicamente, o doente apresenta dor abdominal aguda ou subaguda, associada a náuseas, vómitos, hematoquezias e obstipação. Na génese da doença estão trombofilias hereditárias/adquiridas ou intervenções abdominais prévias. Os novos anticoagulantes orais podem ser uma opção para os doentes com tromboses em localização atípicas.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 77 anos, caçador, recorreu ao SU por febre e urina escura com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo, confirmou-se a febre (40ºC), sem outras alterações. Efetuou estudo analítico que revelou aumento da creatinina (1.57mg/dl), creatinina cinase (324 U/L) e proteína C reativa (14.94mg/L). Fez também sumária de urina tipo II e ecografia abdominal e renal, sem alterações. Foi internado para estudo do quadro de febre, sob antibioterapia empírica, após colheita de hemoculturas e serologias. Durante o internamento, positivou para E.coli multissensível mas apesar da melhoria clínica, o doente referiu um desconforto na fossa ilíaca esquerda, que alivava com as dejeções, levando à realização de uma tomografia computorizada que mostrou trombose completa da veia mesentérica superior e inferior com atingimento das tributárias. Iniciou tratamento com heparina de baixo peso moleculcar e posteriormente rivaroxabano para ambulatório. Já em ambulatório, excisou 2 adenomas tubulares com displasia de baixo grau do cólon e confirmou-se uma heterozigotia FV Leiden.
Discussão: Estamos perante um caso de febre associada a bacteriémia por E.coli, em doente com trombose completa da veia mesentérica superior e inferior com clinica desproporcional à gravidade da doença. Não existindo outros focos infeciosos a justificar a bacteriémia, coloca-se a suspeita de uma translocação bacteriana intestinal apesar de não existir evidência clínica ou imagiológica de isquémia da parede intestinal.

CO n.º 1713

Causa rara de lesão renal aguda no doente oncológico. O que escondem rins grandes?

ANA CARVOEIRO(1);Joana Dias(2);Vitória Paes de Faria(2);Ana Raquel Afonso(1);Rita Mota(1);José Diogo(1);Alexandra Esteves(1);Ana Ventura(2);Clara Almeida(2)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças renais

INTRODUÇÃO: A abordagem da LRA na doença neoplásica é complexa e, frequentemente multifactorial, podendo ser complicação direta da neoplasia, relacionada com o tratamento ou com outras complicações (infeções, hipovolémia). A infiltração tumoral renal do rim bilateralmente, condicionado lesão renal aguda (LRA), é uma causa rara de apresentação de doença linfoproliferativa. CASO CLÍNICO: Homem 70 anos, Recorre ao SU por náuseas, vómitos, diminuição da diurese. Referia sintomas constitucionais com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo, apirético, TA 160/72mmHg, edema bilateral dos MIFs até ao joelho. O estudo inicial mostrou anemia normocítica normocrómica (HB 10g/dL), trombocitopenia (23 000), 9000 leucócitos, pCreat de 5.94mg/dL, ác. Úrico 16 mg/dL e DHL 650U/L. Sem alterações do sedimento urinário e ratio proteínas/creatinina de 0.32.A TAC toraco-abdominal evidenciou derrame pleural bilateral, formações ganglionares de grandes dimensões, massas mediastínicas, múltiplas adenopatias retroperitoneais e nefromegalia bilateral (16cm), sem hidronefrose. Sem alterações na eletroforese de proteínas, subpopulações de IgG, razão cadeias leves k/l e no estudo imunológico básico. Exame histopatológico inicial de biópsia excisional de adenopatia cervical confirmou hipótese diagnóstica de doença linfoproliferativa, tendo iniciado TSFR e prednisolona 1mg/kg/dia. Evolução com síndrome de lise tumoral com necessidade de HHFVV, tendo posteriormente recuperado função renal permitindo suspensão da técnica dialítica. Resultado histológico revelou linfoma linfoblástico T, tendo o doente vindo a falecer 6 meses após diagnóstico. DISCUSSÃO: No caso descrito, a LRA relaciona-se, fundamentalmente, com a infiltração tumoral e com distúrbios metabólicos (nefropatia de ácido úrico e síndrome de lise tumoral). Torna-se um caso de particular interesse pela raridade etiológica e por permitir revisitar a abordagem sistemática da LRA neste grupo de doentes.

CO n.º 1714

Derrame pleural e pericárdico em doente com síndrome constitucional, em que devemos pensar?

Beatriz Malafaya(1);Ana Néri Fialho(1);Stéphane Olivier(1);Teresa Manuela Ferreira(1);José Gallardo(1);Helena Rita(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças oncológicas

Polisserosite é a inflamação, com efusão, de duas ou mais membranas serosas, sendo o pericárdio e a pleura as mais frequentemente acometidas. A polisserosite é transversal a diferentes etiologias, destacando-se as doenças neoplásicas, infeciosas e autoimunes.
Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 50 anos, com antecedentes de toxicodependência, hepatite C e tabagismo, que recorreu ao serviço de urgência por dor pleurítica, tosse produtiva, cansaço fácil, dispneia e hipersudorese noturna com 1 semana de evolução. Realizou radiografia de tórax, a qual documentou cardiomegalia e derrame pleural direito, e ficou internado, assumindo-se pneumonia. Do estudo efetuado, a tomografia computorizada de tórax revelou obliteração distal do brônquio direito, moderado derrame pleural à direita e volumoso derrame pericárdico. Transferiu-se para o serviço de Cardiologia para realizar pericardiocentese, drenando-se líquido hemático com ADA 73 U/L. Neste contexto, iniciou empiricamente tuberculostáticos e foi para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde se executou toracocentese evacuadora com drenagem de líquido serohemático. Da análise deste líquido destacava-se ADA 23 U/L.
Após estabilização clínica, o doente foi transferido para o isolamento no serviço de Pneumologia. Realizou-se então broncofibroscopia evidenciando mucosa irregular, hemática e com aspeto infiltrativo na árvore brônquica direita, a qual se biopsou. O resultado da análise citológica do líquido pleural foi negativo para células neoplásicas e o líquido pericárdico mostrou agregados celulares com atipia sugestiva de carcinoma. A biópsia brônquica era compatível com carcinoma não pequenas células. Estes dados permitiram chegar ao diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV e suspenderam-se os tuberculostáticos.
Manifestações semelhantes de diferentes patologias tornam diagnósticos como o do presente caso desafiantes. A suspeita clínica deve orientar a marcha diagnóstica e, sendo o adenocarcinoma pulmonar um diagnóstico altamente prevalente em Portugal, deve ser reconhecido e tratado o mais rapidamente possível.

CO n.º 1723

Hemoglobinúria Paroxística Noturna:Causa Inesperada de Hemólise, Importância do Diagnóstico Atempado

Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN) é uma doença adquirida rara (1 a 10 casos/milhão de habitantes), caracterizada por hemólise intravascular e hemoglobinúria. Ocorre por mutação do gene PIG-A das células estaminais hematopoéticas, com perda de proteínas específicas da membrana dos eritrócitos, tornando-os mais suscetíveis à lise pelo complemento.
Caso Clínico
Homem, 64 anos. Sem antecedentes patológicos. Em 2019 trombocitopenia (68 000) em avaliação pré-operatória de circuncisão. Pós-operatório com hemorragia com queda de hemoglobina de 12,4 para 9g/dL. Enviado à Consulta de Medicina Interna em 2020 para estudo de bicitopenia (Hb 11,2g/dL, plaquetas 81 000). História familiar de pancitopenia (irmão e pai). Verificada macrocitose (104fL) e trombocitopenia (97 000) desde 2001. Assintomático. Exame físico sem alterações. Estudo inicial: sem ferropenia ou défices vitamínicos, índice de reticulócitos de 4,7%, bilirrubilirrubinemia não conjugada (bilirrubina total 2.19mg/dL), LDH aumentada (594 UI/L), esfregaço do sangue periférico, Igs, eletroforese e coagulação sem alterações. Perante suspeita de hemólise complementado estudo: haptoglobina baixa (<8mg/dL), coombs e ANA negativos e complemento normal. Urina tipo 2 sem alterações. TC TAP com esplenomegalia. Perante estudo negativo considerada a hipótese de HPN. Pedida imunofenotipagem de sangue periférico: clone HPN (54%). Orientado para Consulta de Hemato-Oncologia no IPO. Apesar de assintomático e sem eventos trombóticos, apresentava grande percentagem de clone de HPN, pelo que iniciou hipocoagulação com apixabano 2,5mg 2x/dia em 04/2021. Mantém seguimento, com bicitopenia estável, sem intercorrências.
Discussão
Perante hemólise e estudo inicial não diagnóstico deve ser equacionada a suspeita HPN, uma vez que a sua identificação leva a alterações na gestão e terapêutica, com impacto significativo na sobrevida, prevenindo complicações potencialmente fatais.

CO n.º 1727

Doença das Aglutininas ao Frio secundária a infecção por SARS-CoV-2

Miguel Lázaro Mendes(1);Conceição Constanço(2);Alexandra Perreira(2);Helena Matos Silva(2)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A Doença das Aglutininas ao Frio (DAF) é uma forma de Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) na qual autoanticorpos IgM reagem contra antigénios dos glóbulos vermelhos, a temperaturas abaixo da basal, podendo causar sintomas nas partes mais frias do corpo, acrocianose e anemia hemolítica.
Trata-se de uma doença rara (com prevalência de 2-20 por milhão), mais frequente em mulheres e acima dos 70 anos de idade. Muitas vezes encontra-se associada a doenças linfoproliferativas, infeções (mycoplasma, mononucleose infecciosa), gamopatia monoclonal IgM ou doenças autoimunes.
Caso clínico
Homem de 76 anos com antecedentes de hábitos alcoólicos pesados, recorre ao SU por tosse produtiva e febre. À admissão encontrava-se lentificado, taquicárdico, ligeiramente hipotenso e polipneico. Exames complementares mostraram uma alcalose respiratória, RX com infiltrados periféricos bilaterais e teste positivo para SARS-CoV-2. Analiticamente tinha uma pancitopenia com LDH: 2322UI/L, Bilirrubina Total: 2,8mg/dL, Bilirrubina Directa: 1,08mg/dL e PCR: 12,0mg/dL.
Durante o internamento foram realizadas novas análises que mostraram anemia com hemoglobina em perfil descendente e a presença aglutinação eritrocitária com TAD+ para: IgM+, Cd3+++ e crioaglutininas positivas. As serologias foram todas negativas.
Após tratamento da COVID19, já em consulta de seguimento, foi-lhe diagnosticado uma Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado IgG lambda, mas com pesquisa de crioaglutininas sempre negativa e sem evidência de hemólise.
Concluiu-se portanto estarmos na presença de um doente com DAF secundária a doença COVID grave.
Discussão
Estão descritas na literatura várias infeções virais como potenciais causadoras de DAF, nomeadamente: Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Rubéola, Vírus Influenza, Vírus da Varicela-Zoster. Recentemente foram descritos casos que procuraram estabelecer esta associação com a infeção por SARS-CoV-2. Aqui relatamos mais um caso que suporta esta causalidade.

CO n.º 1728

Insuficiência Cardíaca de Causa Não Esperada – A Propósito de um Caso Clínico

Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
Na prática médica do dia-a-dia procura-se encontrar um diagnóstico que explique a globalidade dos achados clínicos do doente. Contudo, a objetivação de duas doenças raras no mesmo doente pode ocorrer.
Caso Clínico
Mulher, 64 anos. Sem antecedentes. 4 meses de evolução de astenia, dispneia de esforço, ortopneia, edema periférico, opressão torácica, perda ponderal (5Kg) e hipersudorese. Enviada a Consulta de Medicina Interna para estudo de anemia NN (Hb 9g/dL). Exame objetivo: pálida, polipneica, TVJ+ a 90º. Na revisão de radiografias de tórax: hipotransparência supra-hilar direita, com 2 anos de evolução. Por IC descompensada e suspeita de compressão vascular venosa (síndrome da veia cava superior) ou cardíaca por massa mediastínica, realizou TC tórax: formação mediastínica paratraqueal direita de 7cm – provável quisto broncogénico com desvio de estruturas vasculares. Discussão com Cirurgia Cardiotorácica: quisto sem compressão vascular, reavaliação em ambulatório. Do estudo restante: ferropenia, hepatoesplenomegalia, hiperproteinémia (9,3 g/dL), rácio P/C urina de 0,5g, cadeias leves kappa 0 e lambda 910, pico monoclonal IgG/lambda (2,2g/dL) - IgA 8, IgG 4117, IgM <5. EDA e EDB normais. Mielograma com 20% de plasmócitos. Radiografia do esqueleto, calcémia e função renal normais. Ecocardiograma: cardiomiopatia infiltrativa. RM cardíaca: achados sugestivos de amiloidose cardíaca. Biópsia de gordura abdominal: vermelho do congo negativo. Concluiu-se Mieloma Múltiplo (MM) IgG/Lambda e provável amiloidose cardíaca, além de quisto broncogénico. Sob terapêutica diurética com melhoria clínica. Orientada para Hemato-Oncologia - iniciou bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona.
Discussão
Uma marcha diagnóstica sistematizada permitiu o diagnóstico de uma patologia rara (quisto broncogénico) que, no entanto, não foi a causa da IC. No seguimento do estudo foi identificado MM com provável amiloidose cardíaca, igualmente incomum, concluindo-se então IC de etiologia infiltrativa.

CO n.º 1729

Infeção VIH/SIDA,Meningite Criptocócica,Neurossífilis,Leishmaniose Visceral: 4 Diagnósticos,1 Doente

Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A apresentação de infeção VIH em estadio de SIDA é cada vez menos frequente. Nestas situações a procura de infeções oportunistas e o seu tratamento são de fulcral importância.
Caso Clínico
Homem, 46 anos. Emigrado na Líbia de 2008 a 2012. Recorreu ao SU por tosse produtiva com 1 semana de evolução. Desde 1 ano antes com astenia, anorexia e perda ponderal (21Kg). A salientar febre e IMC 16,4Kg/m2. TC-TAP: adenopatias mediastínicas e retroperitoneais e hepatoesplenomegalia. Análises: pancitopenia (Hb 9,6g/dL, 3550 leucócitos, plaquetas 58 000). Assumida infeção respiratória, iniciada antibioterapia e internado para estudo. Sem ferropenia ou défices vitamínicos; esfregaço sanguíneo, eletroforese e imunoglobulinas normais; serologias VHB e VHC negativas. Manteve febre, a par de cefaleia e lentificação psicomotora. TC CE normal. VIH-1 positivo e VDRL reativo (>1/32). Efetuada punção lombar: pleocitose (43 células), hiperproteinorráquia (187 mg/dL), pesquisa criptococcus e VDRL positivos. Tratada meningite criptocócica com anfotericina B lipossómica e flucitosina, e neurossífilis com penicilina IV. CD4+ de 27. Carga vírica > 1,3 milhões de cópias. Baciloscopias e pesquisa de micobactérias no sangue negativas. Dada pancitopenia, SIDA e estadia na Líbia, colocada hipótese diagnóstica de Leishmaniose, confirmada por mielograma (presença de amastigotas). Manteve terapêutica com anfotericina B. Boa evolução com ganho ponderal. Alta sob tratamento de consolidação de meningite criptocócica com fluconazol e profilaxia secundária de Leishmaniose com anfotericina B lipossómica 4/4 semanas. Orientado para consulta de Medicina - iniciou antirretrovíricos, sem intercorrências.
Discussão
Perante a suspeita de infeção oportunista a sua pesquisa deve ser proativa e dirigida. Neste caso foram identificadas duas infeções com envolvimento SNC concomitantes e perante os achados e contexto epidemiológico efetuado diagnóstico de leishmaniose visceral, que permitiu a terapêutica adequada do doente.

CO n.º 1738

Hiponatrémia refratária no idoso – a propósito de um caso clínico

Rita Vilar da Mota(1);Ana Rita de Oliveira(1);Daniela Salgueiro(1);Nuno Pardal(1);Ana Catarina Carvoeiro(1);Marta Batoca Sousa(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Ângela Ferreira(1);Miguel Reis Costa(1);Ana Rita Cambão(1);Diana Guerra(1)
(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A hiponatremia constituiu um dos distúrbios hidroeletrolíticos mas prevalentes na prática clínica. As etiologias são diversas, desde causas farmacológicas a etiologia paraneoplásica. O prognóstico é tão variável quanto as suas causas.

CASO CLÍNICO: Homem de 85 anos, com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, ex-fumador e doença de Parkinson. Da medicação habitual, destaca-se indapamida 2.5mg id e, ainda, rasagilina 1mg id.
Admitido no Serviço de Urgência (SU) com queixas de astenia, anorexia e mal-estar inespecífico, com 3 semanas de evolução. Associadamente, dois dias antes da admissão, com estado confusional. Ao exame físico a destacar desorientação temporoespacial, sem outras alterações de relevo. Do estudo analítico realizado, destaca-se uma hiponatremia de 108 mmol/L. Como estudo complementar, realizadas TC cranioencefálica e radiografia do tórax, sem alterações a destacar. Perante quadro de hiponatrémia sintomática grave, admitido em internamento.
Do estudo realizado inicialmente, destaca-se osmolalidade serica diminuida (283 mOsm/kg), osmolaridade urinária normal, funçao tiroideia normal, cortisol em jejum e ACTH sem alterações. Inicialmente assumida hiponatrémia hipotónica euvolémica sintomática, em contexto iatrogénico, considerando a terapêutica com diurético tiazídico e um inibidor da monoaminoxidase. Contudo, após suspensão dos fármacos, verificada persistência de hiponatremia.
Assumido então diagnóstico de síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). No contexto do estudo etiológico da SIADH realizou TC do tórax, onde foi identificada lesão nodular subpleural no lobo inferior direito, com cerca de 18 mm, cuja biópsia foi compatível com carcinoma de pequenas células. Verificada persistência de hiponatrémia, mesmo sob fluidoterapia. Perante diagnóstico neoplásico e estado funcional do doente, decidida realização de radioterapia. Apenas após realização deste tratamento foi possível atingir valores normais de sódio, os quais se mantiveram até ao momento.

CONCLUSÃO: O SIADH está associado a 10-45% dos carcinomas pulmonares de pequenas células, por produção ectópica de ADH. O tratamento é, sem dúvida, um desafio, uma vez que a tratamento da neoplasia será a única estratégia disponível.

CO n.º 1746

Síndrome de Cushing por carcinoma adrenocortical ACTH independente

Rita Valadas(1);Ana Gorgulho(1);Maria Margarida Andrade(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Ana Gomes(2);Jana Zelinová(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A Síndrome de Cushing (SC) é uma doença metabólica grave provocada por níveis séricos persistentemente elevados de cortisol. A prevalência de carcinomas adrenocorticais é rara, 1-2 casos por milhão de pessoas por ano, relevando-se em associação a síndromes neoplásicas endócrinas múltiplas.
Caso clínico
Apresenta-se o caso de uma mulher de 41 anos, sem antecedentes relevantes, que iniciou quadro de aumento ponderal de 40 kg, associado a sintomatologia angodepressiva e equimoses fáceis, ao longo de 3 anos. Neste período, foi diagnosticada com hipertensão arterial, hipercolesterolémia (colesterol total 227 mg/dL, LDL 143 mg/dL) e esteatose hepática, não tendo iniciado terapêutica hipolipemiante por estar a amamentar. Referia ainda aparecimento de estrias violáceas no abdómen, cansaço fácil e fraqueza muscular dos membros inferiores.
Por suspeita de SC, foi doseado cortisol urinário que se encontrava aumentado. Foi referenciada a consulta de Medicina Interna, onde se confirmou o hipercortisolismo ACTH independente, após nova colheita de cortisol urinário 24h e doseamento de ACTH (<1.5 pg/mL). Realizou ainda prova de supressão noturna com dexametasona 1 mg, obtendo-se cortisol pós-dexametasona de 33 ug/dL. A TC abdominal revelou uma lesão sólida compatível com tumor da suprarrenal esquerda. Por hipercortisolismo grave e com o objetivo de melhorar as condições pré-operatórias, iniciou metirapona, objetivando-se resposta satisfatória. Foi submetida a adrenalectomia esquerda que, após avaliação anátomo-patológica, revelou tumor do córtex da suprarrenal com comportamento maligno (Score de Weiss 4). Assistiu-se a perda ponderal de 11kg no mês seguinte à intervenção, com melhoria do controlo tensional e do perfil lipídico, sem necessidade de terapêutica hipolipemiante.
Discussão
Apesar de se descrever um caso de SC com apresentação típica, a etiologia neoplásica é rara. A prevalência superior em mulheres é compatível com efeitos proliferativos dos estrogénios. A melhoria sintomatológica e a evolução favorável justificam-se pelo diagnóstico atempado e encaminhamento a centro de referência para tratamento com intuito curativo.

CO n.º 1747

Emergência hipertensiva como fator precipitante de DRC terminal num jovem de 23 anos

Catarina Vale(1);Teresa Brito(1);Cátia Oliveira(1);Ana Lourenço Jardim(1);Filipa Gomes(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

A hipertensão é mais comum, mais severa e está presente mais precocemente em doentes de raça negra. Adicionalmente, estes doentes têm mais complicações quando comparados com doentes caucasianos com o mesmo controlo tensional. Um dos fatores que justifica estas diferenças é o polimorfismo APOL 1.
Homem, 23 anos, natural da Guiné, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, recorreu aos cuidados de saúde por queixas de cefaleia, visão turva e tonturas. Ao exame objetivo, documentada TA 200/130 mmHg, sem anisosfigmia, fundo ocular com edema da papila bilateral, raras hemorragias em chama de vela. Documentada acidemia metabólica (pH 7.29 pCO2 28 HCO3 13.7 mmol/L) com anion gap aumentado, anemia microcítica normocrómica (Hb 9.5 g/dL), lesão renal aguda não oligúrica (Cr 17.09 U 239 mg/dL TFG 3 mL/min, sem valores prévios), hipocalcemia, urina ocasional com proteinúria 3.4 g/L e eritropoietina no limite inferior da normalidade, ECG com QT longo (477 ms), ecografia com rins pequenos, perda de diferenciação parenquimo-sinusal sugestiva de nefropatia médica, sem estenoses das artérias renais, ecocardiograma com hipertrofia concêntrica ventricular esquerda, TC cerebral e telerradiografia de tórax sem alterações. O estudo imunológico e de causas secundárias de HTA ainda se encontra em curso. Do estudo da anemia, DHL 554 U/L, BT/BD 0.4/0.08 mg/dL, Coombs negativo, haptoglobina <8 mg/dL, discreto consumo C3c 60.2 mg/dL (83-177), restante estudo autoimune negativo, sem ferropenia ou défice de vitamina B12 ou ácido fólico – anemia hemolítica microangiopática. Realizada indução dialítica e controlo farmacológico da HTA. Assumida DRC terminal atendendo a alterações renais imagiológicas em provável contexto de GESF, colhido estudo genético para causas monogénicas e alelo de risco - gene APOL 1 - pelas implicações na descendência e transplante renal, que ainda se encontram em curso.
Este caso sublinha a importância do rastreio da hipertensão em indivíduos de raça negra independentemente da idade, a fim de evitar complicações como a DRC ou emergência hipertensiva.

CO n.º 1773

PERICARDITE PÓS-VACINA COMIRNATY - A PROPÓSITO DE UM CASO.

Ana Toste(1);Carina Teixeira(1);Sara Teixeira(1);Inês Albuquerque(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: As vacinas contra o SARS-CoV2 são consideradas as ferramentas mais importantes para ultrapassar a pandemia COVID-19. Previnem doença grave e reduzem contagiosidade, hospitalizações e mortalidade. Contudo, não são isentas de riscos, ocorrendo reações adversas. As vacinas de RNA Comirnaty e Spikevax estão associadas a um aumento de risco de miocardite e pericardite, sobretudo em adolescentes e homens jovens após a 2ª dose.
Caso Clínico: Homem de 47 anos, caucasiano. Antecedentes de prolapso da válvula mitral e hipertrofia ventricular esquerda. Recorreu ao SU por dor retrosternal súbita e febre com início 4 dias após a 2ª dose da vacina Comirnaty. Apresentava-se com infra-desnivelamento de PR no eletrocardiograma, e o ecocardiograma demonstrou uma fina lâmina de derrame pericárdico. Analiticamente sem elevação de marcadores de necrose miocárdica (MNM) e PCR moderadamente elevada. Estabelecido o diagnóstico de pericardite aguda em provável contexto pós-vacinal, dada a relação temporal, e foi medicado com AINE e colquicina. Reobservado 15 dias após a observação inicial por manutenção das queixas de toracalgia e febre. Apresentava ECG e ecocardiograma sobreponíveis. Analiticamente com PCR em cinética ascendente e discreta anemia, sem elevação de MNM. Internado por pericardite com critérios de gravidade. Iniciou terapêutica anti-inflamatória com aspirina 1g 8/8h e colquicina 0.5mg bid, com melhoria clínica e analítica. Orientado para consulta, tendo-se mantido a boa evolução clínica, sem recorrência das queixas com a redução sequencial e posterior suspensão de terapêutica.
Discussão: As reações adversas graves às vacinas contra a COVID-19, tais como anafilaxia, miocardite e pericardite, são raras. Por sua vez, a COVID-19 está associada um maior risco de miocardite e outras complicações cardiovasculares quando comparado com a vacinação. Existe um consenso de que os benefícios superam os riscos no que concerne à vacinação. A pericardite e miocardite associadas às vacinas assumem um curso geralmente ligeiro, com recuperação rápida. Os sintomas surgem habitualmente entre 1 a 5 dias após a vacinação. Doses de reforço após um episódio confirmado de miocardite associada às vacinas não estão recomendadas. A decisão de vacinação após um episódio de pericardite depende da idade, sexo e decisão do doente.

CO n.º 1781

Síndrome hipereosinofílico: afinal não era apenas uma crise de rinite alérgica?

ANA ISABEL PAIVA SANTOS(1);Inês Almeida Pintor(1);Clara Pinto(1);João Faia(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: O síndrome hipereosinofílico ocorre quando existe um aumento sustentado do doseamento de eosinófilos (>1.5 x 109/L em 2 doseamentos diferentes) ou evidência de hipereosinofilia em algum tecido; a infiltração e libertação de mediadores eosinofílicos pode causar disfunção em múltiplos órgãos, nomeadamente dermatológica, pulmonar, gastrointestinal, cardíaca e neurológica.
CASO CLÍNICO: Mulher de 26 anos. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de edema facial associado a xeroftalmia, xerostomia e prurido generalizado. Refere, também, epigastralgias tipo cólica de novo, astenia, anorexia, perda ponderal e ortopneia. De antecedentes pessoais, releva-se a asma desde a infância, Linfoma de Hodgkin aos 11 anos, esofagite e episódios recorrentes de infeções do trato urinário. Analiticamente apresentava Leucocitose de 30.3x109/L com eosinofilia de 16,87x109/L. Realizado medulograma, com presença de marcada hiperplasia eosinofílica, com eosinófilos e seus precursores totalizando 51% das células nucleadas. A colonoscopia evidenciou mucosa cólica com ligeiro aumento de eosinófilos. Iniciou corticoterapia com metilprednisolona 40mg/12h com resposta clínica e analítica adequadas (Eosinófilos 0,04 x109/L). Teve alta com indicação para fazer prednisolona 40mg em esquema de desmame, bem como iniciar azatioprina 50mg. Não tolerou este último pelos seus efeitos secundários, pelo que iniciou imatinib 400mg sem melhoria e com muitos efeitos secundários. Um ano após a admissão em serviço de urgência a doente apresenta Eosinofilia de 1,62x109/L estando a realizar Mepolizumab.
DISCUSSÃO: O síndrome hipereosinofílico idiopático pode ter um impacto muito negativo na vida dos utentes. De igual modo, as terapêuticas utilizadas devem ser pensadas e adequadas aos doentes, bem como devem ser explicados e clarificados os seus efeitos adversos.

CO n.º 1798

Insulinoma – relato de um caso clínico

Beatriz Vitó Madureira(1);Maria Manuel Costa(1);Márcia Meireles(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O insulinoma é um tumor neuroendócrino do pâncreas, cuja sintomatologia é decorrente de hipoglicemias secundárias à produção não controlada de insulina pelo tumor. O seu diagnóstico implica dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos. A recessão cirúrgica é o tratamento de eleição e é habitualmente curativo.
Caso Clínico: Homem de 79 anos, com diabetes mellitus tipo 2 mas em estudo por hipoglicemias de repetição, apesar de suspensão de terapêutica antidiabética. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em Março de 2022 por hipoglicemia (glicose 32mg/dL) associada a desorientação temporo-espacial, exame físico e estudo analítico sem alterações relevantes, tendo alta após correção com fluidoterapia glicosada e indicação para manter seguimento em consulta para estudo etiológico. Por recorrência de hipoglicemias no domicílio com necessidade de retorno ao SU, decidido internamento para estudo etiológico. Do estudo laboratorial, insulina e peptídeo C elevados (60 µU/mL e 1819 pmol/L, respetivamente), anticorpo anti-insulina negativo. Excluída causa metabólico-infeciosa, fármacos hipoglicemiantes ou diminuição da ingestão alimentar. Tomografia computorizada abdominal revelou formação nodular de 20mm no processo uncinado pancreático, com realce heterogéneo em fase arterial, sugestiva de tumor neuroendócrino. Tomografia por emissão de positrões confirmou a presença de lesão com hiperexpressão de recetores da somatostatina na cabeça do pâncreas. Assumido diagnóstico de insulinoma, após discussão de caso o doente foi transferido para o serviço de Cirurgia Geral para decisão de melhor abordagem terapêutica.
Discussão: Pela mortalidade associada à hipoglicemia, é essencial uma abordagem individualizada com exclusão de fatores potenciadores, podendo ser necessário optar pelo internamento preventivo para uma investigação adequada. Destaca-se assim a importância de um diagnóstico precoce, dado o potencial de cura do tratamento cirúrgico.

CO n.º 1800

Anemia hemolítica por disfunção de prótese valvular biológica – a propósito de um caso clínico

Beatriz Vitó Madureira(1);Rafael Marques(1);Rita Aranha(1);Joana Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A hemólise pós substituição valvular é uma complicação rara mas conhecida deste procedimento. O principal mecanismo subjacente é a regurgitação valvular com leak protésico, sendo que a severidade da disfunção protésica é independente do grau de anemia resultante.
Caso Clínico: Mulher de 81 anos, com cardiopatia valvular submetida a substituição de válvula aórtica e mitral por prótese biológica em 2015, sem reavaliação ecocardiográfica por perda de seguimento. Recorreu ao Serviço de Urgência em Março de 2022 por dispneia, desconforto torácico e palpitações, ao exame físico com palidez cutânea, edema pré-tibial, diminuição do murmúrio vesicular bibasal e sopro sistólico aórtico grau III à auscultação. Analiticamente com anemia macrocítica (hemoglobina 7.8g/dL, volume globular médio 102.2fL), esfregaço de sangue periférico com esquizócitos, reticulocitose (6.56%), desidrogenase lática e pro-BNP elevados (880U/L e 28683pg/mL, respetivamente), hiperbilirrubinemia total ligeira (1.48mg/dL), discreto défice de vitamina B12 (158pg/mL), haptoglobina diminuída (<8mg/dL) e teste de Coombs direta negativo. Ecocardiograma transtorácico com dilatação severa das cavidades esquerdas, prótese biológica aórtica de aspeto degenerado, limitação da amplitude e regurgitação severa com volumoso leak periprotésico. Assumida anemia hemolítica por disfunção grave de prótese valvular biológica, internada em Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia. No internamento, sem melhoria apesar de correção de défices vitamínicos. Após discussão entre Cardiologia e Cirurgia Cardiotorácica, considerado não reunir condições para intervenção percutânea por aorta calcificada. Teve alta com seguimento em consulta de Hematologia e Cardiologia para tratamento de suporte.
Discussão: Pela sua raridade, os autores pretendem alertar para a importância da suspeita de anemia hemolítica por disfunção valvular, em doente que se apresente com anemia e submetido a esta cirurgia. Embora mais frequente com disfunção de prótese mecânica, este diagnóstico deve ser também considerado e excluído em doentes com prótese biológica.

CO n.º 1817

Plexopatia lombar em contexto de hematoma retroperitoneal – uma complicação subdiagnosticada

Beatriz Vitó Madureira(1);Rita Aranha(1);Catarina Branco(1);Gonçalo Eiras(1);Ana Luísa Barbosa(1);Márcia Meireles(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O hematoma retroperitoneal resulta do extravasamento de sangue no compartimento retroperitoneal, manifestando-se habitualmente através da tríade de dor abdominal, massa palpável e hipovolémia ou anemia. A sua etiologia é variada, no entanto a incidência aumenta em doentes sob terapêutica anticoagulante.
Caso Clínico: Homem 67 anos, com adenocarcinoma do cólon com metastização hepática documentada. Internamento por sépsis de ponto de partida respiratório com disfunção renal, sob enoxaparina de baixo peso molecular em dose terapêutica por fibrilação auricular. No sexto dia de internamento, iniciou dor no flanco esquerdo, hipostesia e défice de força do membro inferior ipsilateral. Analiticamente com queda de 2 gramas de hemoglobina em 24 horas. Tomografia computorizada abdominal revelou volumoso hematoma retroperitoneal no músculo psoasilíaco esquerdo, com exclusão de hemorragia ativa, para vigilância e medidas de suporte. Por persistência da sintomatologia, foi avaliado por Neurologista com descrição de parésia do membro inferior esquerdo, associada a hipostesia e abolição do reflexo Rotuliano. Eletromiografia sugestiva de lesão axonal do plexo lombar esquerdo, particularmente das fibras do nervo Femoral (L2, L3, L4). Ressonância magnética lombar comprovou extensão do hematoma desde D12 até à cavidade pélvica, com potencial compressão radicular extravertebral. Assumida plexopatia lombar em contexto de hematoma retroperitoneal iatrogénico e decidida colocação de dreno através de Radiologia de Intervenção. Evoluiu favoravelmente com melhoria clínica e regressão progressiva do hematoma à reavaliação imagiológica.
Conclusão: O hematoma constitui uma complicação conhecida da anticoagulação, com risco aumentado de ocorrência quando associada à presença de disfunção renal. Nesse contexto, é essencial uma especial vigilância de sinais neurológicos e sistémicos de novo e, quando presentes, dirigir a investigação etiológica, sobretudo os estudos de imagem, aos locais anatómicos sugeridos pela clínica. Deverá ser equacionada a suspensão da terapêutica anticoagulante para prevenção de mais complicações hemorrágicas.

CO n.º 1844
Quando o cansaço não é apenas cansaço - A propósito de um Caso Clínico

Beatriz Teixeira Lima(1);André s. Carvalho(1);Marta Brás(1);Teresa Costa(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Descrita pela primeira vez em 1951, a doença de McArdle, também conhecida como doença de armazenamento do glicogénio tipo V, é um distúrbio metabólico raro que resulta do défice da enzima miofosforilase, responsável por transformar o glicogénio muscular necessário para a obtenção de energia. Trata-se de uma doença autossómica recessiva resultante de mutações do gene *phosphorylase, glycogen, muscle* (PYGM). Os sintomas mais comuns são o cansaço induzido por exercício, as mialgias e, por vezes, rabdomiólise com mioglubinúria induzida por exercício. O diagnóstico é feito através de biópsia muscular ou estudo genético. As opções de tratamento passam por prática regular de exercício físico de intensidade moderada associado à ingestão de carbohidratos antes da atividade física.
Caso Clínico: Mulher de 35 anos, recorre por mialgias e cansaço fácil desde criança, sem agravamento desde os últimos anos. Antecedentes pessoais: enxaquecas recorrentes. Medicação habitual: anticoncecional oral progestativo. Hábitos: prática de natação mas momentaneamente interrompida devido à Pandemia a COVID-19. Como antecedentes familiares, tem irmã de 21 anos com os mesmos sintomas; irmã de 32 anos e pais saudáveis. Exame objetivo sem alterações significativas. Analiticamente, creatinofosfoquinase (CPK) de 1504 U/L, sem outras alterações relevantes. Foi solicitado estudo genético que detetou a variante c.148C>T, p.(Arg50*) no gene PYGM, em aparente homozigotia, alteração relativamente rara em base de dados populacionais. Esta variante será transmitida à descendência em heterozigotia. Na consulta subsequente, a doente encontrava-se grávida de 30 semanas e foi referenciada para a consulta de Genética Médica. Foi igualmente recomendada a referenciação dos pais e irmã. Foram aconselhadas medidas comportamentais, nomeadamente, a manutenção da prática de exercício físico regular.
Discussão: Os autores pretendem evidenciar a importância da suspeita da Doença de McArdle. Esta entidade é subdiagnosticada, em parte, pelos sintomas musculares inespecíficos, frequentemente interpretados como má condição física. Não existe tratamento específico, no entanto, os sintomas podem ser controlados e a qualidade de vida melhorada. Estes doentes devem ser referenciados para consulta de aconselhamento genético.

CO n.º 1853

Pericardite aguda a Salmonella typhi

Marta c. Machado(1);Catarina Negrão(1);Miguel Monteiro(1);João Tiago Serra(1);Sofia Prada(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A pericardite aguda (PA) é a patologia mais comum do pericárdio. Apesar da principal etiologia da PA ser viral, em 55% dos casos é idiopática. A pericardite purulenta, definida como a presença de líquido pericárdico tipo exsudado, está presente em menos de 3% das pericardites agudas.
Caso Clínico:
Mulher de 63 anos com Lúpus Eritematoso Sistémico sob corticoterapia sistémica há 30 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por 8 dias de evolução de febre e toracalgia esquerda de características pleuríticas, que aliviava com inclinação anterior do tronco.
ECG com supra desnivelamento difuso do segmento ST. Analiticamente realçava-se aumento dos parâmetros inflamatórios (leucocitose 15600/L com neutrofilia e PCR 10mg/dL), d-dímeros 4565 µg/L e velocidade de sedimentação 78mm. A angiografia torácica detectou a presença de pseudoaneurisma da crossa da aorta com características inflamatórias/infeciosas. O ecocardiograma evidenciou moderado derrame pericárdico com sinais de pré-tamponamento, pelo que foi realizada pericardiocentese com drenagem de cerca de 900mL de conteúdo purulento. No exame microbiológico foi isolada *Salmonella Typhi* no líquido pericárdico. As hemoculturas e exame cultural das fezes foram negativos. Iniciou antibioterapia dirigida com ceftriaxone e, o ecocardiograma de reavaliação foi compatível com pericardite constritiva.
A doente foi submetida a reparação do aneurisma da aorta e pericardiectomia parcial, cuja anatomia patológica foi compatível com pericardite fibrinosa.
Discussão:
Apesar de estarem descritos apenas alguns casos de PA por Salmonella Typhi e, da elevada mortalidade associada, a doente acabou por evoluir favoravelmente.
A corticoterapia prolongada apresenta um papel imunodepressor sendo necessário investigar a causa desta pericardite, sobretudo nestes doentes, pela terapêutica dirigida necessária à evicção de complicações.

CO n.º 1865
Cancro Hipertensivo

Joana Gomes da Cunha(1);João Gouveia Fiúza(1);Vera Romão(1);Joana Capelo(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Alterações do estado de consciência são um motivo comum de ida ao serviço de urgência – nos idosos impõem-se múltiplos diagnósticos diferenciais.
Caso Clínico: Mulher, 83 anos, autónoma, com hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, bócio multinodular e depressão, encaminhada por menor reatividade, astenia e períodos de confusão de aparecimento súbito, agravados há 2 dias, com HTA grau 2-3. Encontrava-se obnubilada e com afasia – realizou tomografia cranioencefálica (TC-CE) que revelou "lesões expansivas intra-axiais com hemorragia corticossubcortical parietal superior esquerda, edema vasogénico, com apagamento dos sulcos corticais, sugerindo metastização cerebral.". Admitida em internamento, sob dexametasona, realizou estudo para despiste de neoplasia oculta que se revelou negativo. Após 2 semanas, a ressonância magnética (RM) mostrava: "lesões corticossubcorticais temporo-occipital e parietal esquerda hiperintensas em T1, sugestivas de lesões hemorrágicas, edema vasogénico da substância branca adjacente e da substância branca parietal e temporal direitas – atendendo à topografia lesional posterior e bilateral coloca-se como hipótese lesões de encefalopatia posterior reversível (PRES) com componente hemorrágico associado". À data de alta, orientada e com perfil tensional controlado.
Discussão: A PRES é uma síndrome aguda/subaguda, caraterizada por alteração do estado de consciência, cefaleias e distúrbios visuais. Uma das causas mais comum é a encefalopatia hipertensiva – a maioria apresenta elevação/oscilação acentuada da tensão arterial. Quando atempadamente diagnosticada, regride completamente, caso contrário, podem instalar-se danos irreversíveis. A TC-CE e, sobretudo, a RM contribuem para o diagnóstico, evidenciando edema da substância branca e cinzenta, principalmente das regiões parieto-occipitais, conforme verificado neste caso. A acuidade imagiológica é fundamental, permitindo sistematizar de forma mais criteriosa os exames a realizar.

CO n.º 1875

Um caso raro de microangiopatia trombótica mediada pelo complemento – a importância da genética

Duarte Pereira Vinha(1);Ana Costa Ferreira(1);Leda D'almeida(1);Ryan Costa e Silva(1);Milton Camacho(1);Lígia Peixoto(1);Manuel Ferreira Gomes(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças raras

Introdução: A síndrome hemolítica urémica atípica (SHUa) é uma doença rara, hereditária ou adquirida e potencialmente ameaçadora da vida que se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda e que é causada pela disrupção dos mecanismos inibitórios da via alternativa do complemento.
Caso clínico: Mulher, 40 anos, leucodérmica, com história de eliptocitose hereditária, internada por dor abdominal, icterícia e colúria e com infeção SARS-CoV2. Laboratorialmente, anemia (Hb mínima 5.7 g/dL), trombocitopenia (19000/µL), presença de esquizócitos no esfregaço de sangue, haptoglobina indoseável, lesão renal aguda KDIGO 3, hiperbilirrubinemia indireta (1.72 mg/dL) e elevação da LDH (3018 U/L). Teste de Coombs, anticorpos antiplaquetários e antifosfolípidos negativos excluindo anemia imune, PTI e SAF. ADAMTS13 com atividade de 83%, excluindo PTT. Pesquisa de DNA E. coli O157:H7 no soro e de E. coli O157:H7 nas fezes negativas, excluindo SHU. Efetuado estudo genético do complemento que revelou a presença de mutação c.800_820del em homozigotia no gene CD46 (MCP) associada à mutação N177I em heterozigotia do gene CFI consistente com um risco genético para SHUa. Cumpriu tratamento com prednisolona e plasma fresco congelado com boa resposta clínica e laboratorial. Pesquisa de consanguinidade revelou pais primos em 1º grau. Encontra-se em curso estudo genético familiar e será efetuada vacinação adequada devido à eventual necessidade futura de tratamento com eculizumab.
Discussão: Este caso ilustra uma variante extremamente rara de síndrome hemolítica urémica atípica em que a infeção por SARS-CoV2 parece ter funcionado como trigger. De acordo com dados da literatura, as mutações no gene MCP parecem associar-se a uma maior frequência de episódios, mas a um risco bastante menor de progressão para doença renal terminal ou morte, o que poderá justificar neste caso um outcome favorável apesar da ausência de terapêutica com plasmaferese/eculizumab.

CO n.º 1891

SÍNDROME CONSUMPTIVA - QUANDO NEM TUDO QUE PARECE, É: A PRÓPOSITO DE UM DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL

Sofia Osório Ferreira(1);Sara Silva Santos(1);Luís Neto Fernandes(1);Sérgio Gomes Ferreira(1);Penélope Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças raras

INTRODUÇÃO: A principal causa de perda ponderal no idoso é a diminuição da ingestão de alimentos. Esta situação pode dever-se tanto a causas fisiológicas como não-fisiológicas. Entre as causas não-fisiológicas têm-se os fatores sociais, psicológicos, limitações económicas e uma variedade de fatores patológicos, incluindo doenças e iatrogenia. No entanto, a perda de peso não intencional progressiva geralmente indica doença médica ou psiquiátrica grave, sendo as neoplasias malignas identificadas como etiologia primária em 15 a 37% dos doentes.
CASO CLÍNICO: Homem de 78 anos com quadro consumptivo em evolução há um ano, caracterizado por perda ponderal de 23%, associado a disfonia, disfagia e tosse não produtiva. Tomografia computorizada (TC) da região tóraco-abdominopélvica e cranioencefálica a excluir lesões neoformativas. Atendendo à presença de disfonia e disfagia foi pedida avaliação por otorrinolaringologia (ORL): nasofaringolaringoscopia a revelar procidência da parede posterior da hipofaringe ocultando parcialmente o lúmen glótico, sem evidência de paralisia das cordas vocais ou lesões endolaríngeas. TC do pescoço a confirmar abaulamento da parede posterior da faringe, sendo esta resultante da presença de exuberantes osteófitos na coluna cervical em C2-C3 e C3-C4, não se registando evidente espessamento da parede da faringe ou laringe. Assim, quadro de disfagia orofaríngea no contexto de osteofitose cervical exuberante, com perda ponderal acentuada associada. O doente foi encaminhado para consulta externa de ORL para realização de videoendoscopia da deglutição e subsequente orientação.
DISCUSSÃO: A osteofitose cervical afeta 10-30% da população geral, geralmente acima dos 65 anos de idade. Trata-se assim de uma patologia comum, mas raramente implicada no diagnóstico diferencial de perda ponderal não intencional, sublinhando o lugar das etiologias não oncológicas. Por outro lado, o caso clínico exposto ilustra a importância da anamnese detalhada, tendo sido os sintomas orofaríngeos apurados a guiar a marcha diagnóstica.

CO n.º 1910

PERICARDITE TUBERCULOSA – UM DIAGNÓSTICO PRESUMPTIVO

Joana Moutinho(1);Frederico Silva(1);Maria Inês Simões(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A pericardite tuberculosa é uma complicação possível da tuberculose, tanto em casos de tuberculose ativa como latente. A infecção pericárdica com Mycobacterium tuberculosis frequentemente representa reactivação da infecção, não sendo possível identificar o foco primário. O diagnóstico de pericardite tuberculosa deve ser considerado em doentes com pericardite sem resolução, que tenham fatores de risco para ou exposição a tuberculose, sendo considerado muito provável quando há resposta clínica a terapêutica.
Caso: Senhor 75 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, mãe com tuberculose pulmonar há cerca de 60 anos, internado em 2019 por pericardite aguda com derrame pericárdico de moderado volume, sem etiologia identificada à data de alta ou em seguimento posterior em consulta de medicina interna. Novo internamento em abril de 2021 por pericardite recorrente com derrame pericárdico, acrescentando-se história de febre de predomínio vespertino, perda ponderal e suores noturnos nos 3 meses prévios ao internamento. Do estudo infecioso, auto-imune e neoplásico exaustivo apenas com IGRA positivo. Realça-se exame micobacteriológico e citológico de lavado brônquico e biópsia brônquica negativos, assim como estudo imagiológico negativo. Foi iniciada terapêutica anti-bacilar, que cumpriu em ambulatório, com melhoria clínica significativa e redução do volume do derrame pericárdico.
Discussão: A pericardite tuberculosa pode ser um diagnóstico difícil de estabelecer, levando a um diagnóstico tardio que resulta em complicações como pericardite constritiva. Em caso de suspeita clínica e epidemiologia compatível, o início de terapêutica antituberculosa é apropriado previamente ao estabelecimento de diagnóstico definitivo. Quando o diagnóstico não pode ser feito com base em bacteriologia, histologia ou análise do líquido pericárdico, a resposta a terapêutica suporta o diagnóstico.

CO n.º 1927

Quando os enfartes são muitos, o médico desconfia…

Ana Rita Almeida(1);Yasmin Mamade(1);Carla Noronha(1);Célia Machado(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O síndrome do anticorpo antifosfolipídico (SAAF) é uma doença autoimune caracterizada por trombose venosa ou arterial na presença de certos anticorpos. O SAAF pode ocorrer como condição primária ou no contexto de outra doença autoimune.
Caso clínico: Sexo feminino, 89 anos. Seguida no seu médico assistente por cardiopatia isquémica e flutter auricular, anticoagulada com novo anticoagulante oral (NOAC) desde há cerca de 20 anos. Seguida em Nefrologia por doença renal crónica de provável etiologia isquémica e em Neurologia por episódio de diplopia transitória do VI par, em contexto microvascular isquémico, disfagia e disartria recentes.
Neste contexto, realizou TC-crânioencefálica com evidência de leucoencefalopatia isquémica microvascular de grau acentuado; RM-crânio com evidência de hipersinal na substância periventricular e áreas confluentes na substância branca; RM-cervical que excluiu lesões compressivas no trajeto do IX e X nervos cranianos; e punção lombar sem alterações.
Encaminhada à consulta de Medicina Interna por queixas de alteração cognitiva, nomeadamente confusão e desorientação. A evidência de episódios isquémicos multiterritoriais, na ausência de fatores de risco cardiovasculares relevantes (apesar da faixa etária) conduziu ao estudo de auto-imunidade. Destacou-se ANA positivo, título 1/1280; anti-centrómero positivo; lgG anticardiolipina positivo, título moderado; anti-beta2GP1 positivo, título elevado; e restantes negativos.
Iniciou enoxaparina e repetiu o estudo após 3 meses, com manutenção da positividade. Assumiu-se encefalopatia por multienfartes trombóticos associada a SAAF. Alterou-se anticoagulação para varfarina.
Discussão: Serve o presente caso para alertar a importância de uma visão holística do doente, em detrimento da perspetiva isolada de cada sistema. O SAAF deve ser tido em consideração num doente com múltiplos fenómenos trombóticos arteriais, mesmo sob anticoagulação com NOAC. O diagnóstico atempado e terapêutica dirigida são essenciais.

CO n.º 1930
Um caso sóbrio de Tríade de Wernicke
Roselia Lima(1);Maria Inês Soares(1);Guilherme Jesus(1);Nuno Leal(1);Catarina Portela(1);Sara Viana(1);Dulce Pinheiro(1)
(1) HOSPITAL GAIA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A Tríade de Wernicke (encefalopatia + ataxia + alterações da oculomotricidade) resulta do défice de tiamina (vitamina B1) e é frequentemente vinculada ao etilismo. Contudo, pode ocorrer em qualquer condição clínica que envolva inanição ou malabsorção gastrointestinal.
Caso clínico:
Homem, 51 anos, antecedentes de patologia psiquiátrica não esclarecida, anemia e défice de ácido fólico. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) em novembro de 2021 por prostração. À observação médica no SU, descrito como sarcopénico, pouco colaborante, discurso incoerente. Sinais vitais estáveis. Sem outras alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente hemoglobina 11,2 g/dL, creatinina 2,16 mg/dL, ureia 155 mg/dL, mioglobina 1221 ng/mL, creatinina quinase 414U/L. Sem elevação de parâmetros inflamatórios ou da troponina. Ecografia renal sem sinais de obstrução. Punção lombar e tomografia computorizada crânio-encefálica (CE) sem alterações. Decidido internamento por rabdomiólise e lesão renal aguda. Na enfermaria foi observada Tríade de Wernicke (encefalopatia, nistagmo lateral e ataxia). Realizou Ressonância magnética CE, que revelou discreto hiperssinal T2 do contorno do 3.º ventrículo (especialmente do limite medial dos tálamos e nos hipotálamos), incluindo do corpo mamilar esquerdo- achados que corroboram défice de tiamina. Iniciou suplementação com tiamina, com melhoria gradual ao longo do internamento. Tanto o doente como a família negaram consumo etílico, contudo houve referência a ideias delirantes dirigidas à alimentação com anos de evolução, incluindo recusa alimentar seletiva, que o doente manteve no internamento. Teve alta para Unidade de Cuidados Continuados para reabilitação motora e orientado para consulta de Psiquiatria, na qual mantém seguimento.

Discussão:
Apesar de o etilismo ser a etiologia mais comum da Tríade de Wernicke, a história clínica não deve descurar a investigação de outras causas de défice de tiamina. Este doente apresentava défice nutricional grave, provavelmente consequência da sua patologia psiquiátrica de longa data, para a qual nunca tinha sido tratado.

CO n.º 1950
Síndrome de POEMS: Ver a imagem como um todo
Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Inês Ladeira(1);João Paulo Fernandes(1)
(1) Hospital Cuf Descobertas

Tema: Doenças raras

A síndrome de POEMS é uma entidade clínica rara, multissistémica, sendo o seu diagnóstico desafiante. O seu acrónimo representa as suas principais manifestações – polineuropatia (P), organonomegália (O), endocrinopatia (E), gamapatia monoclonal (M), alterações da pele (S).
Os autores apresentam o caso de um doente de 53 anos, natural de Angola, com história de de polineuropatia sensitivo-motora grave desde 2019, insuficiência cardíaca congestiva e hábitos etílicos moderados no passado, tendo suspendido há 15 anos.
É internado por quadro clínico caracterizado por aumento do volume abdominal, edema dos membros inferiores e astenia com 3 anos de evolução, referindo paracenteses evacuadoras de 2 em 2 semanas em Angola. Nega outra sintomatologia. Ao exame objetivo à entrada, a destacar abdómen ascítico, anasarca com edema escrotal e dos membros inferiores e derrame pleural bilateral.
Em internamento realiza ecocardiograma com disfunção diastólica e fração de ejeção de 39% e tomografia computorizada com múltiplas lesões blásticas na bacia, coluna vertebral e esterno e lesão ilíaca esquerda.
Analiticamente com pico monoclonal gamma na electroforese das proteínas séricas, IgG sérica 2522 g/L, TSH 16.5 mU/L, T4 0.6mU/L , PTHi 106 pg/mL, VEGF 359 pg/mL. A imunofixação sérica revelou gamapatia monoclonal IgG Lambda/Kappa
Realizou mielograma e biópsia óssea que revelou 89% de plasmocitose medular.
Pelos resultados obtidos confirmou-se que o doente cumpria critérios de Síndrome de POEMS: polineuropatia axonal sensitivo-motora, mieloma múltiplo, lesões ósseas, sobrecarga hídrica, hiperpigmentação e hipotiroidismo.
Após avaliação pela Hematologia, o doente iniciou ciclos com Lenalidomida e dexametasona, com melhoria contínua e progressiva da sintomatologia, estando de momento a cumprir o 3º ciclo, com resolução quase total da sobrecarga hídrica e recuperação de astenia.
Com este caso, os autores esperam chamar à atenção a importância de ver o doente como um todo, pois por vezes certas doenças raras podem ser a causa da maioria, senão mesmo da totalidade, dos problemas dos quais o doente padece que, por vezes, com a terapêutica dirigida, podem vir a ser atenuados ou mesmo curados.

CO n.º 1957

Uma causa endémica de cefaleia.

MIGUEL COSTA(1);João Pedro Menezes Caria(2);João Bilardo Caiano(2);André Ferreira Dias(2);Alexandra Caeiro(2);Marta Leal Santos(2);Ana Raquel Garrote(2);Fernando Maltez(2)
(1) ULSAM VIANA DO CASTELO (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A tuberculose meníngea (TBM) pode ocorrer isoladamente ou em concomitância com tuberculose pulmonar. Tem uma elevada morbimortalidade, particularmente quando há atraso no diagnóstico/tratamento e coinfecção VIH. A nível mundial a maior incidência da doença verifica-se no Sudeste Asiático e África.
CASO CLÍNICO
Mulher de 27anos, natural do Nepal , com astenia, oscilação estado consciência, tonturas, vómitos, febre, cefaleia holocraniana e fotofobia com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo: febril (38.4ºC); hipertensa; prostrada, mas despertável, exoftalmia bilateral, paresia do VI par craniano e rigidez da nuca. Analises sem subida de parâmetros inflamatórios e hiponatremia (hipoNa). Serologias víricas e VDRL negativos. Sódio urinário aumentado. TC-CE sem alterações. TC tórax sem alterações pleuroparenquimatosas e sem adenopatias. Punção lombar (PL): liquor (LCR) turvo, pleocitose com predomínio de linfócitos (99%), glicose baixa e proteinorraquia; ADA normal; teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) para micobactérias negativo. Enviado LCR para PCR de vírus neurotrópicos, bacteriológico e micobacteriológico. Internada sob vancomicina, ceftriaxone e aciclovir em doses meníngeas. Ao 4º dia, mantinha febre, agravamento neurológico e dos sinais de hipertensão intracraniana (HIC). Repete PL: linforraquia agravada e pressão de abertura 36cm de água. Considerando meningoencefalite viral ou TBM como diagnósticos mais prováveis inicia antibacilares e dexametasona, mantendo aciclovir. RM-CE: hipersinal T2 de alguns sulcos, reforço leptomeningeo e aumento ventricular. Desde o 10º dia com melhoria do estado geral, regressão dos sinais de HIC e apirexia sustentada. Ao 25º dia isolado Mycobacterium tuberculosis complex no cultural do LCR, concluindo-se por TBM e hipoNa secundária. Teve alta assintomática, sob antibacilares e desmame de corticoterapia.
CONCLUSÃO
A sensibilidade do TAAN para micobactérias é baixa, o diagnóstico é muitas vezes conseguido com recurso ao demorado exame cultural. Neste caso a elevada suspeição pela presença de HIC, origem de região endémica, predomínio de linfócitos no LCR com hipoglicorraquia foi fundamental para início atempado de terapêutica dirigida.

CO n.º 1961

SÍNDROME DE LAMBERT-EATON: UM DIANGÓSTICO A NÃO ESQUECER

Mariana Certal(1);Michel Mendes(1);Vanessa Pires(1);Rita Bragança(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A síndrome miasténica de Lambert-Eaton (LEMS) é um distúrbio pré-sinático da transmissão neuromuscular mediado por autoanticorpos dirigidos aos canais de cálcio dependentes da voltagem (VDCC). Clinicamente, caracteriza-se por fraqueza muscular proximal, hiporreflexia osteotendinosa e disautonomia. Cerca de 50% dos casos estão relacionados com o carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) precedendo, habitualmente, o seu diagnóstico. Caso clínico: Homem de 53 anos, ex-fumador, com diagnóstico, há 7 meses, de CPPC em estadio IVB. Cumpriu 2 ciclos de quimioterapia com Etoposido e Carboplatina com melhoria das lesões pulmonares e adenopatias. Foi associado Atezolizumab ao 3º ciclo de quimioterapia, com tolerância do doente. O doente iniciou queixas de astenia e dificuldade em subir escadas com 2 meses de evolução, inicialmente interpretadas como secundárias aos tratamentos. Por agravamento das queixas, é observado na urgência onde se apuram queixas de fraqueza muscular progressiva de predomínio proximal, visão turva, disfunção erétil, xerostomia e obstipação com um mês de evolução. Ao exame objetivo, reflexos pupilares lentos, discreta ptose na supraversão sustentada do olhar, tetraparésia proximal simétrica com fatigabilidade, arreflexia osteotendinosa com despertar dos reflexos após exercício. Dada a suspeita de LEMS, o doente realizou eletromiografia onde se detetam sinais tradutores de patologia da junção neuromuscular pré-sinática compatíveis com o diagnóstico. Realizou TC do tórax e ressonância nuclear magnética cranioencefálica que mostrou progressão da doença com aumento das adenomegalias e novas lesões metastáticas no pâncreas, cólon, cerebelo e lobo frontal. A pesquisa de anticorpos anti-VDCC foi positiva. Foi proposta nova estratégia quimioterápica que o doente recusou. Apesar de ter apresentado discreta melhoria após terapêutica com Amifanpridina, Piridostigmina e corticoterapia, a evolução foi desfavorável e o doente faleceu. Discussão: Apesar do LEMS geralmente preceder o diagnóstico da neoplasia, este caso destaca a importância de se considerar o LEMS no diagnóstico diferencial de doentes que desenvolvam sintomas neurológicos após diagnóstico de CPPC, sugerindo que este poderá representar uma forma de sinalização da progressão da doença.

CO n.º 1969

Multiple non-infectious hepatic nodules that respond to antibiotics

Diogo Simas(1);Bruno Campos(1);Joana Raquel Monteiro(1);Joana Leite(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) CHLeiria St. André

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUCTION: Pseudo-inflammatory tumors of the liver (PITL) are benign liver tumors that are thought to occur because of an inflammatory reaction to an infection, trauma, vascular or autoimmune cause. Its management usually involves treatment with antibiotics and anti-inflammatories and surgical resection in refractory cases.
CLINICAL CASE: A 73-years old woman with a history of pulmonary hamartoma removed 4 years ago comes to the emergency department with fever associated with abdominal pain in the right upper quadrant and dark urine with more than 2 weeks of evolution. Her stools had been more white lately despite normal consistency.
Her laboratory exams showed elevated inflammatory markers, total and conjugated bilirubin with normal transaminases and alkaline phosphatase and her blood cultures were negative. Liver ultrasound showed a normal sized liver with several heterogeneous nodules reaching 4cm in diameter. The abdominal CT with contrast showed it had peripheral enhancement suggesting liver metastasis and no adenopathy or peritoneal effusion. Additional study excluded neoplastic, infectious and autoimmune etiology.
An abdominal MRI with contrast described hepatic nodules with internal liquefaction, suggesting liver abscesses. She initiated empirically piperacillin/tazobactam although with unfavorable evolution, so it was switched to meropenem and later levofloxacin, completing in total 8 weeks of treatment.
Liver biopsies suggested mesenchymal myofibroblastic lesions which pointed to an inflammatory tumor rare in the liver, possibly corresponding to a regenerative reactive process or chronic changes of the cirrhotic type.
Control abdominal MRI showed regression of the majority of the liver nodules with the presence of only one identifiable nodule with smaller size than previously documented. 4 weeks after discharge she showed no symptoms, normal laboratory levels and a new image exam was requested.
DISCUSSION: PITL are rare and often deceived by liver metastasis or abscesses, thereby demanding long periods of hospitalization and extensive study. New investigation is needed to deepen the knowledge about this condition.

CO n.º 1984

PNEUMONIA COVID-19 NO DOENTE COM LINFOMA NÃO-HODGKIN: FEBRE COMO SINAL DE DOENÇA PROLONGADA

Andreia Daniel(1);Teresa Costa e Silva(1);Ana Rita Almeida(1);Susana Franco(1);Célia Machado(1)
(1) Serviço Medicina Interna - Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A COVID-19 constitui uma doença com um curso clínico prolongado em doentes imunodeprimidos, nomeadamente, aqueles com neoplasias hematológicas.
Descrição do caso clínico: Homem de 76 anos, leucodérmico, com história de linfoma difuso de grandes células B estadio IV, com envolvimento pleural, hepático, esplénico e toraco-lombar diagnosticado em setembro 2021. Completou 5º ciclo de R-CHOP quando foi internado durante 10 dias em fevereiro 2022 por Pneumonia COVID-19 com sobre-infeção bacteriana para a qual cumpriu antibioterapia, corticoterapia e 3 dias de oxigenoterapia suplementar. Na semana seguinte à alta hospitalar, com reaparecimento da febre, sudorese noturna, tosse seca e elevação da PCR de 3.73 para 15.77 mg/dL. Foi internado para investigação adicional onde se destaca: hemoculturas, urocultura e antigenúrias negativas, ecocardiograma transtóracico sem vegetações, TC TAP com parênquima pulmonar com alterações sugestivas de infeção Sars-CoV 2 sem achados compatíveis com pneumonia organizativa. Considerando-se pouco provável a recidiva do linfoma, prosseguiu-se com a broncofibroscopia flexível que não mostrou alterações. Foi efetuado lavado bronco alveolar para bacteriologia, micobacteriologia, Ag. P. jiroveci e Galactomanano, TAAN M. tuberculosis, RT-PCR SARS-Cov2 e citologia. Por pesquisa de SARS-CoV 2 positiva, admitiu-se infeção pulmonar prolongada e o doente iniciou prednisolona 10 mg/dia com desaparecimento da febre. Realizou PET em abril 2022 que excluiu doença metabolicamente ativa mantendo as densificações pulmonares relacionadas com a infeção.
Discussão: A persistência das alterações pulmonares da pneumonia a SARS-CoV2 pode determinar uma recuperação clínica lenta nos doentes hematológicos constituindo uma dificuldade diagnóstica e prolongando o internamento hospitalar. Na gestão destes doentes, a persistência da febre pode ser sinal de doença COVID-19 prolongada.

CO n.º 1995

Diarreia crónica como manifestação de amiloidose intestinal

Ana Lourenço Jardim(1);Sofia Moreira(1);Diana Leite Russo(1);André Airosa Pardal(1);Ana Toste(1);Pedro Rodrigues(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A diarreia crónica pode ter variadas etiologias, sendo a sua investigação sequencial.
Mulher, 76 anos. Diagnóstico de carcinoma da mama 8 meses antes da admissão, com história de reação alérgica a Trastuzumab.
Deslocou-se ao Serviço de Urgência por diarreia com evolução de um mês, associada a dor abdominal, anorexia e perda ponderal. Negada outra sintomatologia, febre, contexto epidemiológico e introdução recente de fármacos. Internada para estudo.
Suspensos potenciais fármacos e ajustada dieta, sem melhoria. Gap osmótico fecal compatível com diarreia osmótica, mas comportamento de secretora. Estudos culturais de fezes negativos. Sem evidência de diabetes, alterações tiroideias ou pancreáticas. Serologias víricas negativas e metabolismo fosfo-cálcio normal. Estudos endoscópicos (endoscopia digestiva baixa e alta, e videocápsula) com aspeto petequial difuso e mucosa friável, histologicamente compatível com lesões inflamatórias ligeiras inespecíficas. Proteinograma sem pico monoclonal.
Ao longo do internamento foi-se desenvolvendo síndrome nefrótica. Analiticamente com discreto aumento de Imunoglobulina A e alteração da razão de cadeias leves livres urinárias e séricas. Imunofixação sérica com gamapatia monoclonal completa IgA/lambda, e urinária com presença de cadeias leves livres lambda. Pesquisa de substância amilóide em biópsia de gordura abdominal, biópsia gástrica, ileal e cólica negativa. Biópsia óssea com plasmocitose monoclonal (IgA/lambda), compatível com infiltração intersticial discreta por MM e deposição de substância amilóide na parede de vasos do periósseo. Por enteroscopia por balão, realizadas novas biópsias gástricas e jejunais, cuja histologia detetou a deposição de sustância amilóide.
O atingimento gastrointestinal pela amiloidose, tal como neste caso, é raro, sendo na maioria dos casos assintomático, ao contrário do verificado. O seu diagnóstico pode ser desafiante, contudo é determinante para se iniciar tratamento dirigido.

CO n.º 2022

Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) – uma doença rara ou esquecida?

Tânia Faustino Mendes(1);Bárbara Silva(1);Nuno André de Sousa(1);Cândida Barroso(1);Jéssica Abreu(1);Filomena Esteves(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças raras

A PAF é uma doença hereditária rara com foco endémico em Portugal. Apesar de já identificadas centenas de famílias, acredita-se que ainda esteja subdiagnosticada. Apresenta-se um caso de PAF, com diagnóstico inaugural na oitava década de vida, sem história familiar.

Homem, 71 anos, história de: polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica com disautonomia associada (hipotensão ortostática e gastroparesia) com sintomas há pelo menos 4 anos e sem resposta a terapêutica com Imunoglobulina; gamapatia monoclonal IgM Kappa e quadro consumptivo, em estudo em consulta.

Na sequência de internamento por infeção urinária, constatou-se quadro de diarreia subaguda mucosa e franco agravamento da astenia. Do estudo complementar, identificadas úlceras retais e, analiticamente, destaque para elevação de troponina (3828pg/mL) e BNP (3166pg/mL), que levantou a hipótese de amiloidose. Ecocardiograma mostrou acentuada hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e do septo (14.8mm) com padrão mosqueado, típico de infiltração miocárdica por amiloide. Em relação à Gamapatia, tomografia computorizada sem adenopatias ou organomegalias, avaliação medular negativa e excluída gamapatia de significado neurológico (AC antiMAG e antiGM-1 negativos).

Para confirmação do diagnóstico de amiloidose fez biópsias da gordura abdominal e do reto que foram negativas, não tendo sido possível caracterizar o amiloide. Realizou Cintigrafia cardíaca com DPD-99mTc que confirmou o diagnóstico de atingimento cardíaco de amiloidose.

O teste genético identificou uma variante patogénica em heterozigotia no gene TTR [c.148 G>A p.(Val50Met)], associada à PAF. Foi referenciado à consulta de Paramiloidose Familiar, mas faleceu antes disso.

Este caso relembra-nos o quanto este diagnóstico é desafiante. Em Portugal, a maior parte das pessoas portadoras da mutação genética (Val30Met) desenvolve sintomas entre os 30 e os 40 anos, no entanto esta variante não apresenta penetrância completa e pode apresentar diferentes fenótipos, podendo os sintomas passar despercebidos.

CO n.º 2040

Pneumonia por Enterovírus: Uma Entidade Rara no Adulto

Paulo Medeiros Conceição(1);Tânia Lopes(1);Rita Esteves Ferreira(1);Joana Ramalho(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os Enterovírus (EV) pertencem à família *Picornaviridae*. Estes são uma causa comum de infecção respiratória nas idades pediátricas, porém, são escassos os casos de pneumonia grave descritos na literatura que ocorrem nas idades adultas.
Homem de 71 anos, autónomo, com antecedentes de síndrome metabólico, doença pulmonar obstrutiva crónica e pneumonia organizativa pós-COVID em Agosto de 2021. Apresenta-se em Abril de 2022 com quadro de tosse produtiva mucopurulenta, dispneia progressiva até repouso e febre com 3 dias de evolução. Do estudo objectivou-se elevação de parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória tipo 1 (IR1) grave, TC-tórax a descrever pneumonia lobar inferior bilateral e rastreio SARS-CoV-2 negativo. Foi internado em unidade de cuidados intermédios onde evoluiu com agravamento da IR1 com progressão até oxigenoterapia de alto fluxo por óculos nasais (ONAF). A pesquisa de vírus respiratórios por zaragatoa faríngea foi positiva para enterovírus. As serologias VIH foram negativas Não foram identificados outros agentes nos restantes produtos microbiológicos colhidos. Cumpriu 7 dias de antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato e 5 dias de oseltamivir. Apresentou melhoria paulatina, mas progressiva, tendo tido alta ao 16º dia de internamento, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar.
Apesar de ser mais frequente nas idades pediátricas, a apresentação de doença respiratória grave por Enterovírus pode ocorrer, apesar de rara, em adultos. Os principais factores de risco identificados nesses casos mais raros foram o imunocomprometimento (VIH e imunossupressão) e a doença pulmonar crónica, estando esta última contemplada no caso clínico apresentado.

CO n.º 2045
HIPOPITUITARISMO – UM CASO DE HIPOFISITE SECUNDÁRIA A IMUNOTERAPIA

Joana Moutinho(1);Frederico Silva(1);Cátia Saraiva(1);Maria Inês Simões(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O hipopituitarismo, ou deficiência de uma ou mais hormonas hipofisárias, pode resultar de doença hipofisária ou hipotalâmica. Em doentes sob terapêutica com imunoterapia, é importante considerar como etiologia a hipofisite secundária à terapêutica, apesar rara. O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirrecetor da proteína de morte programada-1 (anti-PDL1), usado no tratamento do cancro de pulmão, que tem como evento adverso raro a hipofisite com défice isolado de corticotropina (ACTH).
Caso: Senhora 61 anos, sob imunoterapia com pembrolizumab desde maio de 2021 por adenocarcinoma pulmonar, seguida em consulta de pneumologia-oncológica. Por quadro arrastado de astenia, pedido rastreio analítico em que se realça diminuição de cortisol 1.3 ug/dL (doseamento prévio 27.9 ug/dL). Repetido controlo analítico com doseamento hormonal a destacar manutenção do valor de cortisol e ACTH 1.0 pg/mL, afastando hipótese diagnóstica de insuficiência adrenal primária, sem alteração no doseamento das restantes hormonas. A ressonância magnética crânio-encefálica não revelou alterações da glândula hipofisária. Foi referenciada a consulta de endocrinologia e de medicina interna para prosseguir estudo. À primeira avaliação, repetiu controlo analítico, com recuperação espontânea de valores analíticos de cortisol e ACTH após suspensão de imunoterapia, corroborando diagnóstico de hipopituitarismo por inflamação hipofisária.
Discussão: Os autores apresentam este caso pela raridade do caso de hipopituitarismo com défice isolado de ACTH secundário a pembrolizumab, sem alterações estruturais hipofisárias e com recuperação espontânea após suspensão transitória de terapêutica. Importante também realçar a hipofisite como efeito adverso da terapêutica, com sintomatologia frequentemente desvalorizada em doentes oncológicos.

CO n.º 2048

AVC do tronco cerebral e Síndrome de Miller Fisher- um desafio no diagnóstico diferencial

Filipa Pinto(1);Alina Vincas(1);Margarida Massas(1);Cláudio Guz(1);Tereza Veloso(1);Carmen Corzo(1);Sílvia Lourenço(1);Luísa Rebocho(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: O Síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante do Síndrome de Guillain-Barré que ocorre em 5-10% dos casos. Caracteriza-se por oftalmoplegia, ataxia e arreflexia. Reporta-se o caso de um doente internado na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) para estudo de ataxia e ptose palpebral.
CASO CLÍNICO: Homem, 48 anos. Antecedentes de HTA desde os 30 anos sob medicação, traumatismo cranio-encefálico aos 18 anos com edema cerebral e necessidade de ventilação mecânica, com recuperação. No início de Abril, iniciou cefaleia hemicraniana esquerda constante, grau 8-9/10, com visão enevoada do olho esquerdo. Na véspera do internamento na U-AVC, iniciou subitamente desequilíbrio da marcha e dormência da hemiface esquerda (andar superior), sem mais queixas. Recorreu à Urgência e realizou angioTC-CE sem alterações. Foi internado na U-AVC com hipótese diagnóstica AVC do tronco. Ao exame neurológico apresentava pupila esquerda miótica e hiporreactiva à luz, hipoestesia dos ramos V1 e V2 do trigémio, paresia facial periférica esquerda, hipostesia do membro superior esquerdo. Em ortostatismo, verificou-se ataxia troncular com impossibilidade de marcha e queda preferencial para a esquerda. Ao 5º dia de internamento, objectivou-se abolição dos reflexos osteotendinosos distais. Realizou Ressonância Magnética do neuroeixo com angio e contraste, que excluiu AVC, patologia desmielinizante e radicular. Fez punção lombar, que revelou dissociação albumino-citológica. Após discussão com Neurologista, estabeleceu-se como diagnóstico mais provável Síndrome Miller Fisher. O doente fez imunoglobulina intravenosa 0.4g/kg/dia com resposta favorável.
DISCUSSÃO: Por poder apresentar-se com oftalmoplegia e ataxia, muitas vezes sem plegia associada a outras formas de Guillain-Barré, o diagnóstico de SMF torna-se um desafio. O diagnóstico diferencial com AVC do tronco assenta sobretudo na duração na natureza progressiva dos sintomas, sendo fundamental uma anamnese cuidada e uma elevada suspeição clínica deste síndrome raro.

CO n.º 2084

Esternoclavicular - uma artrite séptica incomum

Jéssica Abreu(1);Ana Rita Gomes(1);Daniela Mateus(1);Sofia Cruz(1);Gilda Nunes(1)
(1) HOSP VILA FRANCA XIRA

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A artrite séptica é uma infeção do espaço articular que se pode disseminar via hematogénea, inoculação direta ou por contiguidade. Apesar de infrequente em doentes sem artropatia (ex: artrite reumatóide) ou cirurgia articular prévia, pode ocorrer no contexto de trauma, imunossupressão, atividade sexual desprotegida, infeção VIH e utilização de drogas endovenosas (UDEV). As grandes articulações são as mais envolvidas como: joelho, ombro e anca. A clínica é de febre, sinais inflamatórios e limitação funcional. O agente etiológico mais frequente é o *Staphylococcus aureus*, seguido da espécie *Streptococcus*. A abordagem inclui desbridamento cirúrgico ou substituição protésica e antibioterapia. O tratamento atempado evita destruição articular e perda funcional irreversível.
Os autores relatam o caso de uma mulher de 46 anos, com antecedentes de surdez neurossensorial; que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia e limitação à abdução do membro superior direito. Negava traumatismo ou comportamentos de risco (sexual ou UDEV). Ao exame físico destacava-se massa supraclavicular direita com cerca 10cm de diâmetro; análises com leucocitose ligeira, PCR 25mg/dL. VS 80mm/h. Serologia VIH e estudo autoimune negativo. TC tórax com "extensa densificação da gordura da parede torácica anterior direita, articulação esternoclavicular direita associando-se um componente líquido coletado nas estruturas musculares próximas (peitoral maior, esternocleidomastoideu e músculos pré-tiróideus) que se estende ao mediastino ântero-superior". Foram colhidas hemoculturas e artrocentese que positivaram para *Staphylococcus aureus* meticilina sensível (MSSA).
Admitindo-se artrite séptica complicada com extenso abcesso realizou drenagem percutânea e flucloxacilina durante 6 semanas. Apresentou melhoria clínica e imagiológica progressiva, embora com destruição da cabeça da clavícula e primeira costela. Foi discutida e observada pela Cirurgia Torácica que manteve seguimento, com vista a intervenção cirúrgica eletiva futura.
Este caso mostra que não é necessário a presença de fatores de risco ou causais para o surgimento de artrite séptica, tendo esta ocorrido numa articulação atípica e com uma apresentação exuberante, podendo-se considerar esta patologia como parte do diagnóstico diferencial de toracalgia.

CO n.º 2114

Salmonelose como apresentação de linfoma

Iara Ferreira(1);João Campus Cunha(1);Filipe Machado(1);José Moura de Meireles(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: As infeções por Salmonella não Typhy (SNT) são comuns e a sua transmissão ocorre por via fecal-oral. Enquanto a gastroenterite é a apresentação mais comum em adultos saudáveis, a doença sistêmica pode também ocorrer, particularmente em indivíduos imunodeprimidos.
Caso-Clínico: Homem de 66 anos, com quadro insidioso de perda de peso (7kg em 3 meses), astenia e anorexia, que recorreu ao serviço de urgência por episódio de vómito pós-prandial. No exame objetivo apresentava pele e mucosas desidratadas e adenopatias axilar e cervical à esquerda, não dolorosas e móveis. Analiticamente pseudotrombocitopenia, hiponatremia, lesão renal aguda e elevação dos parâmetros inflamatórios. Tomografia computorizada a relatar adenopatias pretraqueais, paratraqueais, subcarinais e axilares de natureza patológica. Assumido quadro de síndrome inflamatório sistémico de etiologia indeterminada e adenopatias para estudo, iniciado ceftriaxone empiricamente. Hemocultura com identificação de Salmonella especies (SNT), sensível a antibioterapia prescrita, com boa evolução clínica e analítica. Realizada biopsia excisional de gânglio com características morfológicas que apoiadas na avaliação imuno-histoquímica corresponde a linfoma folicular de grau 1. Realizou tomografia por emissão de positrões que revelou envolvimento maligno ganglionar linfomatoso supradiafragmático e possivelmente infradiafragmático. Consulta de grupo de hemato-oncologia, iniciado ciclo de quimioterapia com ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona e rituximab.
Conclusão: A SNT é cada vez mais reconhecida como um importante microrganismo associado a bacteremia em pacientes imunodeprimidos. A investigação da imunossupressão subjacente em indivíduos com bacteriemia a SNT, na ausência de gastroenterite, torna-se imprescindível, permitindo um diagnóstico mais célere quer de patologia do foro oncológico quer de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana.

CO n.º 2126

Dúvidas diagnósticas e tratamento "off-label" – a propósito de um doente com bronquiectasias

Rui Flores Ribeiro(1);Ana Rubim Correia(1);Andrea Mateus(1);João Neves(1);João Araújo Correia(1)
(1) C. Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças respiratórias

Introdução:
As bronquiectasias são uma doença respiratória crónica caracterizada por tosse produtiva crónica e infeções recorrentes. Radiologicamente traduz-se na dilatação permanente das vias aéreas. A etiologia das bronquiectasias é importante para garantir o adequado tratamento. No entanto, o diagnóstico etiológico pode ser laborioso e demorado. A prevenção das exacerbações é fundamental. O papel da antibioterapia inalada é claro na infeção crónica por Pseudomonas aeruginosa, mas não por outros agentes.
Caso Clínico:
Homem com 23 anos de idade, referenciado à consulta de Medicina Interna em 2013 para estudo e tratamento de bronquiectasias. Apresentava história de prematuridade com necessidade de maturação pulmonar precoce, história de infeções respiratórias altas e baixas de repetição na adolescência, sem internamentos prévios. Não tinha história familiar de infeções de repetição ou doenças respiratórias. Tomografia computadorizada do tórax mostrou bronquiectasias do lobo médio, língula e lobo inferior esquerdo, sem presença de enfisema.
No estudo realizado inicialmente, foi detetada a presença de um défice ligeiro de alfa1-antitripsina com genótipo SS. Realizou teste de suor cujo resultado não foi sugestivo de fibrose quística e doseamento de imunoglobulinas e anticorpos antipneumocócicos que era normal.
Em 2018, o doente teve infecção crónica com Haemophilus influenza, com falência de terapêutica sistémica de primeira linha. Erradicação obtida com terapêutica inalatória com cefalosporina de 3ª geração.
Em 2021, teve diagnóstico de infertilidade com constatação de azoospermia. Assim sendo, foi pesquisada a presença de discinésia ciliar primária com análise microscópica eletrónica de amostra de cílios nasais que confirmou esse diagnóstico.
Discussão:
O défice de alfa1-antritipsina pode estar associado a bronquiectasias, cursando habitualmente com enfisema pulmonar. A presença de azoospermia motivou revisão do diagnóstico inicial, estabelecendo a presença de discinésia ciliar primária. A presença de uma doença rara não deve limitar a investigação de outra doença rara, quando o contexto clínico assim o justifica. De igual forma, nas patologias raras, nem sempre os tratamentos eficazes reúnem evidência científica sólida, obrigando o clínico a recorrer a terapêuticas "off-label".

CO n.º 2162

A propósito de um caso clínico: uma rara apresentação de Sarcoidose

Joana Rua(1);Ana Rita Queirós(1);Daniela Viana(1);Guilherme Assis(1);Ana Filipa Rebelo(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites
Introdução: A sarcoidose é uma doença sistémica, inflamatória, caracterizada histologicamente por granulomas não caseificados de etiologia desconhecida. O envolvimento pulmonar é o mais frequente, no entanto pode acometer vários órgãos, atingindo as glândulas exócrinas em 5% dos casos.
Caso Clínico: Sexo feminino, 49 anos, autónoma. Antecedentes de obesidade grau 1, hiperparatiroidismo secundário a défice de vitamina D, esofagite de refluxo, neoplasia uterina submetida a tratamento local e quimioterapia há 17 anos e síndrome depressivo. Enviada à Unidade Clínica de Ambulatório Médico por parotidite recorrente bilateral com dois meses de evolução, sem etiologia definida, após múltiplos ciclos de antibioterapia. Referia perda ponderal, xerostomia e xeroftalmia. Apresentava dor à palpação das parótidas e adenopatias cervicais e submandibulares palpáveis. Da investigação inicial salienta-se autoimunidade negativa, doseamento normal de imunoglobulinas, ECA negativa e imunofenotipagem de sangue periférico sem evidência de doença linfoproliferativa. Realizou biópsias de ambas as glândulas parótidas salivares que se revelara inconclusivas e biópsia das glândulas salivares sem critérios de Síndrome de Sjogren. Posteriormente desenvolveu toracalgia anterior de características pleuríticas. Realizou TC tórax que evidenciou linfadenopatias mediastínicas e hilares bilaterais, as maiores com 22 mm de eixo curto, sem envolvimento abdominal ou pélvico; e broncofibroscopia para biópsia aspirativa das adenopatias que revelou linfadenite granulomatosa não necrotizante compatível com sarcoidose pulmonar, estadio I, com envolvimento extra-pulmonar parotídeo.
Discussão: O caso clínico apresentado demonstra que, apesar de raro, sobretudo como primeira manifestação da doença, o envolvimento das glândulas exócrinas pela sarcoidose é possível, sendo a sintomatologia associada comum a outras doenças, levando muitas vezes a atraso no diagnóstico e consequente impacto no prognóstico da doença.

CO n.º 2170

Cardiomiopatia Dilatada associada a Distrofinopatia

Nuno Prucha Leite(1);Catarina Branco(1);David Costa(1);Rita Maciel(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: As Distrofinopatias são doenças neuromusculares hereditárias resultantes de mutações do gene da distrofina. A Cardiomiopatia Dilatada associada à Distrofinopatia é definida pelo envolvimento cardíaco predominante com extensa fibrose do ventrículo esquerdo e com pouca ou nenhuma evidência clínica de doença do músculo esquelético.
Caso clínico: Homem 22 anos. Autónomo. Sem antecedentes pessoais médicos ou medicação crónica. História familiar de fenótipo *Becker-Duchenne* (estudo genético com variante c.6290+5G>T).
Recorreu ao serviço de urgência por dispneia para esforços progressivamente menores, ortopneia e edemas dos membros inferiores com 2 meses de evolução. À admissão, polipneico em repouso e taquicárdico. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído. Edemas periféricos até ao joelho, simétricos, com godet positivo.
Do estudo: NT-proBNP 21308.6 pg/mL, CK 4331 U/L. ECG com taquicardia sinusal. Ecocardiograma transtorácico com dilatação severa do ventrículo esquerdo e moderada da aurícula esquerda, insuficiência mitral moderada, FEVE de 23% e PSAP de 50-55 mmHg.
Durante o internamento com melhoria dos sinais de hipervolémia sob diurético. Iniciada titulação de terapêutica modificadora de prognóstico com boa tolerância. Inicialmente, por miopatia importante com limitação nas atividades, iniciou terapêutica com prednisolona com melhoria progressiva e maior capacidade funcional.
RM cardíaca em ambulatório com melhoria da fração de ejeção, a referir alterações tradutoras de fibrose macroscópica focal e critérios de não-compactação do ventrículo esquerdo, sugerindo possível associação com componente genético ou miopericardite extensa.
Doente reavaliado em consulta em classe I-II NYHA sem sinais de congestão e com franca melhoria da miopatia.
Discussão: Uma das principais manifestações de envolvimento cardíaco nas Distrofinopatias *Becker-Duchenne* é a Cardiomiopatia Dilatada. É de destacar o possível remodeling ventricular e melhoria do prognóstico de doença associada com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

CO n.º 2171
Oportunista em época COVID

Carolina Cabrita Abreu(1);Joana Marques(1);Marta Ferreira(1);Ana Isabel Reis(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* é uma doença oportunística potencialmente fatal. Frequentemente associa-se à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), podendo ocorrer em qualquer doente imunocomprometido.
Descrevemos o caso de um homem de 78 anos, com história de insuficiência cardíaca com fracção de ejeção preservada, diabetes mellitus tipo 2 e pancitopenia em estudo. Nos 2 meses prévios, destacam-se 2 internamentos, o primeiro por pneumonia a SARS-CoV-2 com insuficiência respiratória parcial, e o segundo por pneumonia a influenza A e pneumonia organizativa pós infecção a SARS-CoV-2, encontrando-se sob prednisolona 10mg (em redução progressiva).
Recorreu ao serviço de urgência por dispneia de agravamento gradual e febre com 2 dias de evolução. Encontrava-se polipneico, com saturação de 88% em ar ambiente e crepitações bilaterais à auscultação. Analiticamente, pancitopenia agravada, aumento de parâmetros inflamatórios, disfunção renal, NTproBNP aumentado e insuficiência respiratória parcial. A radiografia de tórax mostrou reforço intersticial difuso e derrame pleural direito. A tomografia computorizada de tórax revelou alterações em vidro despolido sobretudo nos lobos superiores, de novo, e melhoria dos focos consolidativos de pneumonia organizativa.
Inicialmente assumida insuficiência cardíaca descompensada, iniciada terapêutica diurética, apenas com melhoria parcial. Realizou cintigrafia ventilação-perfusão que excluiu tromboembolismo pulmonar e broncofibroscopia, com pesquisa de *P. jirovecii* positiva no lavado broncoalveolar. Analiticamente, serologia VIH negativa, CD4 231cel/ug e doseamento de imunoglobulinas normal.
Iniciado sulfametoxazol/trimetropim, com melhoria clínica progressiva, alterando-se para atovaquona por hipercaliémia, agravamento da função renal e hipoglicémia, com normalização.
Apesar de frequentemente se associar à infecção VIH, a pneumonia a *P. jirovecii* é comum noutros contextos de imunossupressão. No caso apresentado, a pancitopenia já conhecida com linfopenia e contagem de CD4 baixa, aliada à a corticoterapia, proporcionaram o desenvolvimento da infecção. É importante manter a suspeita clínica elevada nestas condições, pois o diagnóstico atempado poderá ser fulcral para a implementação da antibioterapia recomendada.

CO n.º 2174

Caso de Leptospirose após infeção por SARS-CoV-2

António Violante(1);Dália Estevão(1);Pedro Carlos(1);Ana Patrícia Silva(1);João Pereira(1);Leopoldina Vicente(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A leptospirose é uma zoonose endémica em Portugal. A sua clínica frequentemente inespecífica torna-a uma causa insuspeita de febre sem foco, nomeadamente em contexto de infecção recente por SARS-CoV2. A relação entre as duas doenças mantém-se pouco estudada.

Um homem de 33 anos recorreu ao Serviço de Urgência do CHUCB por febre de predomínio vespertino com 4 dias de instalação (máximo 38.1ºC), acompanhada de anorexia e astenia desde há 9 dias. Mencionava ter tido um «aspecto amarelado» aquando do primeiro episódio febril, com resolução espontânea ao fim de 48h. Negava outras alterações. Tinha tido infecção por SARS-CoV2 nas 2 semanas transactas. Antecedentes pessoais incluíam uma tuberculose pulmonar tratada com tuberculostáticos, aos 16 anos, e uma angina de Ludwig, aos 25. Ex-fumador com carga tabágica 8 UMA e trabalhador numa fábrica de polimento de metais. Residente em meio rural e consumidor de água canalizada; negava consumo de géneros alimentares de produção própria. Tinha como único animal um cão vacinado. Admitia, porém, infestação da despensa por roedores.

À entrada com discreta linfopenia e elevação dos parâmetros inflamatórios e enzimologia hepática. Foi iniciada doxiciclina ao 2º dia (100mg 2id), empiricamente, num contexto de agravamento do padrão citolítico hepático, que atingiu o zénite no 6º dia. Ecografias subsequentes evidenciaram hepatoesplenomegalia e múltiplas adenopatias cervicais e inguinais. Tomografia computorizada torácica revelou enfisema parasseptal e lesões nodulares calcificadas. Em vista destes achados, colocada a hipótese de tuberculose ativa, mas a amplificação de ácidos nucleicos e a cultura foram negativas. Pediram-se ainda serologias para várias infeções virais e zoonóticas, sempre sem evidência de infecção ativa ou recente.

O doente apresentou melhoria gradual do estado geral e da função hepática. Teve alta após 21 dias de doxiciclina, sem conclusão etiológica definitiva. Uma análise requisitada ao exterior durante o internamento veio, mais tarde, a revelar uma serologia reativa para Leptospira.

Este caso materializa as dificuldades na abordagem a uma febre sem foco num doente jovem, com infecção Covid19 recente, e a relevância de que se reveste, ainda hoje, a colheita de uma anamnese completa com adequada investigação do contexto epidemiológico e antecedentes.

CO n.º 2180

TEV recorrente: doente com polimorfismo 4G/5G do gene PAI-1 e mutação C677T do gene MTHFR

João Casanova Pinto(1);Manuel G. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV), quando recorrente, motiva uma investigação etiológica dirigida para factores de risco individuais e ambientais. Factores genéticos podem contribuir para essa susceptibilidade, particularmente em doentes jovens sem outros factores de risco.
Caso clínico: Mulher nulípara de 33 anos, leucodérmica, com história de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo aos 13 anos e indicação para varfarina que suspendeu por auto-reciação. História familiar de TVP e tromboembolismo pulmonar (TEP) (avô paterno). Admitida por dor e edema no membro inferior esquerdo. Ao exame objetivo apresentava rubor, calor, edema e dor gemelar à palpação e à dorsi-flexão do pé. O ecodoppler revelou TVP iliofemoropopliteia e nas veia gemelares e tromboflebite oclusiva da veia safena interna esquerda. A angio-TC toraco-abdomino-pélvica excluiu TEP e demonstrou extensão à veia cava inferior e trombose da veia esplénica com enfarte esplénico associado. Excluíram-se lesões neoformativas e síndrome anti-fosfolipídica. O estudo genético revelou heterozigotia para a variante PAI-1 -675 (4G/5G) do inibidor do activador do plasminogénio e heterozigotia para a variante MTHFR C677T (C/T) da 5,10-metilenotetrahidrofolato redutase. Não se identificaram mutações do gene da protrombina (G20210A), Factor V Leiden, proteína C e S, nem antitrombina III. Foi hipocoagulada com enoxaparina e teve alta clínica medicada com varfarina. Reavaliada em consulta externa 3 meses depois com evolução favorável e sem recorrência da doença.
Discussão: Meta-análises demonstraram que a variante 4G na posição -675 do gene PAI-1 tem uma associação estatisticamente significativa cum risco aumentado de TEV. Verifica-se uma elevada prevalência na população da variante C677T do gene MTHFR em heterozigotia. A sua presença isolada não é um factor trombofílico. Em adição, estudos mostram que este polimorfismo aumenta a susceptibilidade de TEV em asiáticos, mas não em caucasianos. A relevância deste caso está nas implicações que o diagnóstico de trombofilia hereditária pode ter numa mulher em idade fértil, tanto na contracepção oral a escolher, como pela necessidade de anticoagulação na gravidez e no puerpério.

CO n.º 2183

It’s never Lúpus-Flare Inaugural de LES,Síndrome Hemafagocítico e Enteropatia Perdedora de Proteínas

Dr. Pedro Neves Ferreira(1);Catarina Faria(1);Marco Fernandes(1);Maria João Correia(1);Marta Anastácio(1);Beatriz Chambino(1);Cristiana Camacho(1);Andreia Machado(1);Ana Lynce(1);Luís de Campos(1);Prof. Dra. Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença multissistémica cuja apresentação inicial pode ser em flare. O envolvimento gastrointestinal é pouco frequente e a enteropatia perdedora de proteínas associada ao LES (PLE) é ainda mais rara.
Caso Clínico: Mulher 39 anos, melanodérmica, 14 dias após cesariana, iniciou quadro de dor abdominal e febre. Realizou ecografia que revelou endometrite, iniciou antibioterapia e foi internada. Apesar de melhorada, manteve febre e desenvolveu adenopatias cervicais dolorosas e um rash cutâneo generalizado. Por Edema Agudo do Pulmão realizou TAC Tórax que revelou presença de derrame pleural e pericárdico. Apresentou duas crises tónico-clónica generalizadas, cuja RMN-CE apresentava alterações compatíveis com processo inflamatório; realizou PL sem alterações. Da avaliação inicial destacava-se: anemia hemolítica autoimune, leucopenia, aumento da VS, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, hipoalbuminemia, proteinúria, consumo complemento, ANAs, anti-dsDNA, anti-SSA e -B positivos. A biópsia de adenopatia demonstrou alterações compatíveis com LES. Assumido flare inaugural de LES com envolvimento multissistémico (SLEDAI 38p) e síndrome hemofagocítico (Hscore 216p); iniciou pulsos de metilprednisolona e, posteriormente, Anakinra e Ciclofosfamida. Após 1º ciclo, agravamento clínico com diarreia, edema generalizado, delirium, agravamento da anemia e aumento dos parâmetros inflamatórios, com evolução em choque. Iniciou antibioterapia , ganciclovir e antifúngicos. Realizou TAC que revelou alterações intestinais compatíveis com processo inflamatório. Os estudos endoscópicos foram inocentes. Verificou-se alguma melhoria após ciclo de antimicrobianos, contudo, continuou a apresentar diarreia com agravamento da hipoalbuminemia e edema. De destacar imunoglobulinas normais, ASCA, anti-LKM e marcadores celíacos negativos. Excluída causa infeciosa, sendo assumida PLE associada ao LES e retomou imunossupressores. Ao final do 4º ciclo verificou-se remissão completa de todos os sintomas.
Discussão: Os autores discutem a relevância deste caso pela sua raridade, gravidade, intricada marcha diagnóstico e gestão das inúmeras complicações.

CO n.º 2196

Never underestimate the power of Mr. Epstein–Um caso de PTI a Epstein-Baar em doente imunocompetente

Dr. Pedro Neves Ferreira(1);Maria João Correia(1);Marta Anastácio(1);Andreia Salgadinho(1);Catarina Gama(1);Joana a. Duarte(1);Célia Henriques(1);Prof. Dra. Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Púrpura Trombombocitopénica Imune (PTI) é definida por uma contagem de plaquetas inferior a 150 x109 /L acompanhado por um exantema petequiforme. A PTI pode ser secundária a infeções virais, sendo as mais frequentes no adulto as infeções pelo VIH ou VHC. As infeções pelo vírus Epstein-Baar (EBV) cursam com uma linfocitose atípica e podem decorrer com trombocitopenia moderada, mas a trombocitopenia grave (< 20x109 /L) é rara no adulto e, nestes casos, costuma estar associada a um estado de imunossupressão basal.
Caso Clínico: Doente 43 anos, sexo masculino, sem antecedentes relevantes, que recorre ao SU por quadro com 2 dias de mialgias e febre. Após observação teve alta medicado com cefuroxima por suspeita de ITU, embora a Urina II revelasse apenas hemoglobinúria. Cinco dias depois, iniciou quadro de cefaleia, odinofagia e febre com TT 38.5ºC. à reobservação, apresentava um exame objetivo inocente, tendo alta medicado com naproxeno. Manteve febre e, 3 dias depois, notou a presença de manchas avermelhadas nos membros inferiores, motivo pelo qual recorreu novamente ao SU. Do exame objetivo destacava-se: presença de pequena massa no hipocôndrio esquerdo e exuberantes petéquias dos membros inferiores. A avaliação analítica revelou: Hb 12,2g/dl, Leuc 8,5x109, Linfócitos 67,5% com pleomorfismo e muitos linfócitos estimulados, Plaq 5x109, PCR 1mg/dL. A ecografia abdominal revelou apenas esplenomegalia homogénea. Solicitadas serologias virais que foram negativas para VIH, VHB,VHC,CMV, mas positivas para EBV com Índice IgM de 4,4 (positivo se >1). Assumindo quadro de PTI secundária a EBV, iniciou imunoglobulina humana ev durante dois dias e posteriormente corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia com melhoria paulatina do quadro.
Discussão: Os autores discutem a relevância deste caso pela sua particularidade, uma vez que é pouco frequente uma infeção por EBV cursar com trombocitopenia grave num doente adulto imunocompetente.

CO n.º 2212

Infiltração medular - uma causa rara de choque distributivo

Emanuel Ângelo Lopes Carvalho(1);Ana Pessoa(1);Ana Lima(1);Mário Esteves(1)
(1) CHMA - Famalicão

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
O choque distributivo pode ter várias causas, incluindo a neurogénica. Esta pode desenvolver-se em doente com lesões severas do sistema nervoso central, mais comummente de origem traumática, mas também de origem infiltrativa.
Caso clínico:
Mulher, 88 anos, com antecedentes pessoais de demência de corpos de Lewy, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência venosa e litíase vesicular, foi trazida ao serviço de urgência por instalação súbita de fraqueza nos membros inferiores e hipotensão arterial, sem queda e sem perda de consciência. No exame objectivo, apresentava hipotensão arterial, mantida após bólus de fluidoterapia. Apresentava também hipostesia abaixo do nível infra mamário e paraplegia dos membros inferiores, com reflexos cutâneo plantar indiferente bilateralmente e pulsos pediosos palpáveis e amplos bilateralmente.
A tomografia computorizada da coluna revelou múltiplas lesões infiltrativas cervicodorsolombares com compressão medular e invasão dos corpos vertebrais. O estudo analítico mostrava anemia e lesão renal aguda. A doente foi internada por neoplasia oculta metastizada tendo infelizmente apresentado evolução desfavorável, vindo a falecer no internamento.
Conclusão:
Este caso demonstra a apresentação e abordagem de uma etiologia menos comum de um choque distributivo, que deve ser suspeitada em doente em choque e com défices neurológicos de instalação súbita.

CO n.º 2217

FEBRE, ARTRITE E EXANTEMA, O DESAFIO DIAGNÓSTICO E O DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Nídia Maltez Cunha(1);Paula f. Nogueira(1);Pedro Gomes Santos(1);Mihail Mogildea(1);Vítor Teixeira(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Doença de Still do adulto é uma doença rara com incidência anual de 0.16/100000 indivíduos. Caracteriza-se por um distúrbio inflamatório assinalado por febre, artrite e/ou artralgias e erupção cutânea. Outros sintomas como odinofagia, linfadenopatia, esplenomegalia, hepatomegalia, pleurite, pericardite, dor abdominal e síndrome de ativação de macrófagos poderão ser encontrados. Apesar da etiologia desconhecida, fatores genéticos, vírus e bactérias podem desencadear a doença.
CASO CLíNICO: Mulher de 61 anos, autónoma e com antecedente pessoal de hipertensão arterial essencial recorre ao Serviço de Urgência por poliartrite bilateral das articulações metacarpofalângicas, interfalângicas, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e metatarsofalângicas e exantena maculopapular não pruriginoso no tronco e membros com agravamento progressivo desde há uma semana. Febre de 38-39ºC há 1 dia. Para estudo do quadro clínico é internada no Serviço de Medicina Interna.
Exames complementares de diagnóstico a destacar: Proteina C reativa 188 mg/L, velocidade de sedimentação eritrocitária 84 mm/h e ferritina >2000 ng/mL. Biopsia de pele apresenta derme com ligeiro edema, infiltrado inflamatório difuso constituído por neutrófilos predominantes com leucocitoclasia focal, associados a linfócitos, histiócitos e eosinófilos e dermatose neutrofílica com necrose epidermica focal possivelmente compatível com Doença de Still do adulto.
No internamento sob prednisolona iniciou metrotexato apresentando melhoria clínica e analítica. Atualmente, com seguimento na consulta externa de Reumatologia, apresenta-se assintomática e com normalização dos valores analíticos sob terapêutica com tocilizumab e metrotexato.
Discussão: Os autores apresentam este caso para enfatizar a necessidade de uma abordagem exaustiva no diagnóstico de casos raros e a importância do tratamento precoce na obtenção de melhoria e prognóstico favorável na Doença de Still no adulto.

CO n.º 2222

Pancitopénia grave secundária a temozolamida

Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Marta Sanches(1);Rita Costa Chu(1);Ana Catarina Bravo(1);Beatriz Castro Silva(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Inês Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Patrícia Ribeiro Vicente(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: Tratamentos com temozolamida associada a capecitabina são uma opção no tratamento de tumores neuroendócrinos do pâncreas, mas podem ter diversos efeitos secundários, nomeadamente hematológicos.
CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino, de 79 anos, com história de tumor neuroendócrino bem diferenciado do pâncreas, com envolvimento hepático, sob quimioterapia (iniciou segunda linha com capecitabina e temozolamida a 2/3/2022). Tinha também antecedentes de adenocarcinoma da próstata há 10 anos (sem recidiva conhecida), proctite rádica, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial e dislipidemia. Foi internado a 18/3 por suspeita de envolvimento secundário do sistema nervoso central, que foi descartado após estudo. À admissão apresentava, no entanto, trombocitopénia de novo (135x10^9/L). A 29/3 teve agravamento da anemia de base (hemoglobina 8.9g/dL), leucopénia de novo (3.98x10^9/L), com neutropénia (1,73x10^9/L) e agravamento da trombocitopenia (10x10^9/L), associado a discaria hemorrágica (gengivorragias, retorragias e hematoma dorsal extenso) e ptéquias nos membros inferiores. Assumiu-se efeito da temozolamida, segundo o *BC Cancer Drug Manual* (2018) com resolução dentro de 14 dias após o início do nadir. Durante 10 dias a pancitopénia manteve-se, chegando a registar valores mínimos: hemoglobina 6.1g/dL, leucócitos 0.57x10^9/L, neutrófilos 0.01x10^9/L e plaquetas 5x10^9/L. Ao longo destes dias teve necessidade de realizar fibrinogénio, 8 pools de plaquetas e 7 unidades de concentrado eritrocitário. Realizou filgrastim e, dada neutropénia grave com pico febril, cumpriu 7 dias de Piperacilina/Tazobactam. A partir de dia 7/4 apresentou melhoria progressiva.
CONCLUSÃO: Embora as repercussões hematológicas da quimioterapia sejam frequentes, falamos de um caso em que o grau de severidade foi tão elevado que prolongou o tempo de internamento para vigilância e necessidade de controlo da discrasia hemorrágica, apesar de se ter mantido sempre hemodinamicamente estável.

CO n.º 2268

UM CASO RARO DE MIELITE LÚPICA DE REPETIÇÃO EM PACIENTE JOVEM

Bárbara Saraiva(1);Ivanna Ostapiuk(1);Rúben Rego Salgueiro(1);Sónia Canadas(1);Nadejda Potlog(1);Celestina Blanco Torres(1);Joana Vedes(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: O lupus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune com manifestações clínicas heterogéneas. A mielite lúpica (ML), ainda que infrequente é uma manifestação grave associada a défice motor e sensitivo.
CASO CLÍNICO: Mulher de 30 anos com diagnóstico (Dg) de LES aos 19 anos, com história de 2 episódios de ML, a última associada a Doença de Devic (Dg clínico, radiológico e anticorpos (Ac) anti-Aquapurina (AQP4-Ig) positivos); medicada com hidroxocloroquina, azatioprina, micofenolato de mofetil, prednisolona, e ciclos de Ciclofosfamida (CCF). Realizou 1 ciclo CCF por mês durante 6 meses (m) e atualmente 1 a cada 3m. Em abril de 2022, 25 dias após ciclo de CCF, iniciou quadro agudo, progressão em horas, de cervicalgia com síndrome de Lhermitte, perda de sensibilidade, disestesia dos 3 primeiros dedos da mão e hemiabdomen esquerdos e paresia leve dos membros superiores. Sem sinais meníngeos. Analiticamente leucopénia com neutropenia, velocidade de sedimentação e proteína C negativas. Tomografica computarizada crânio sem alterações e punção lombar com pleocitose e proteínorráquia. Internada por novo episodio de ML, fez bolus de 1 grama de metilprednisolina durante 3 dias, seguido de ciclo de CCF. O estudo imunológico mostrou Ac antinucleares e Ac anti-SSA/Ro positivos, Ac anti-dsDNA, Ac antifosfolipidico e Ac lúpico negativos, C3 e C4 normais e rastreio séptico negativo. A resonância magnética nuclear da coluna, comparada com estudo anterior, confirmou a presença de alterações sugestivas de ML; a nível cervical lesão com menores dimensões, hipeintensa em T2 localizada face a C3-C4, com pequeno foco de realce lesional após contraste, já não se observou exapansão medular cervical; a nível dorsal não se objetivaram as várias lesões previamente identificas, admitindo-se pequena lesão hiperintensa em T2, localizada face a D10. Pela recorrência dos espisódios foi proposta para terapêutica com rituximab.
DISCUSSÃO: A paciente apresenta Ac AQP4-Ig positivos, assim o seu mecanismo de ação poderia ocorrer através da “cooperação entre anticorpos”. A isquemia induziria a sua síntese com posterior desenvolvimento de ML. A postividade destes junto com Ac Anti-Ro/SSA positivos associa-se a um risco de recaída de 60%, mantendo-se positivos apesar da imunopressão, esta associação com ML é bem reconhecida.

CO n.º 2278

Amiloidose cardíaca isolada: a importância da imagiologia no diagnóstico

João Casanova Pinto(1);Manuel G. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A amiloidose cardíaca é uma condição frequentemente subdiagnosticada. As causas mais comuns são por deposição de transtirretina (ATTR), cadeias leves (AL) e proteína amilóide Apo A (AA). A sua presença isolada é rara e a ecocardiografia e a ressonância magnética cardíaca são cruciais no diagnóstico.
Caso clínico:
Homem de 68 anos, com história de HTA, IC de FEVEp por doença arterial coronária, DM tipo 2 e LMC (BCR-ABL) sob nilotinib foi admitido por dispneia aguda. A história familiar era irrelevante. Apresentava-se com PA 230/110 mmHg, FC 140 bpm, pulso radial irregular, ingurgitamento venoso jugular, fervores à auscultação pulmonar e edemas periféricos. O ECG revelou FA de novo com resposta ventricular rápida, critérios de Sokolow-Lyon de hipertrofia ventricular esquerda, baixa voltagem dos QRS, sem alterações da repolarização ventricular. A gasimetria arterial documentou PaO2 49 mmHg. Troponina I de 5.24 ug/L e NT-proBNP 4715 ng/L. A electroforese com imunofixação de proteínas séricas e urinárias bem como o doseamento de cadeias leves livres séricas foram normais. Foi prontamente submetido a ventilação não invasiva bi-nível e tratado com furosemida e nitrato. Foi medicado com rivaroxabano e metoprolol. O ecocardiograma demonstrou um padrão hiperecogénico infiltrativo do miocárdio, dilatação bi-auricular e ausência de alterações da cinética segmentar ou valvulares. A ressonância magnética cardíaca mostrou aumento da espessura parietal do septo basal anterior, difícil determinação do tempo de inversão miocárdica e padrão de realce tardio com distribuição subendocárdica e subepicárdica achados sugestivos de amiloidose cardíaca. O nilotinib foi suspenso e o doente referenciado para cintigrafia miocárdica e biópsia subendocárdica diagnosticando-se ATTR.
Discussão:
O prognóstico da amiloidose cardíaca é desfavorável com uma sobrevida média de 3,5 anos. O caso demonstra a utilidade da imagiologia para o diagnóstico de amiloidose cardíaca TTR (na ausência de história familiar e alterações laboratoriais que sugiram monoclonalidade), permitindo tratamento precoce que aumente a qualidade de vida e sobrevivência. No futuro, pela sua sensibilidade e especificidade aumentadas, a RM cardíaca poderá suplantar a biópsia miocárdica como o gold-standard, evitando-se procedimentos invasivos.

CO n.º 2282

Paraganglioma: uma causa rara para uma doença comum

Mónica Dias(1);Ana Filipa Martins(1);Rita Matos Sousa(1);Joana Sousa Morais(1);Maria João Regadas(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O paraganglioma é um tumor neuroendócrino produtor de catecolaminas. É raro, com incidência estimada de 2 casos/1.000.000, sendo mais comum entre os 30 e os 50 anos. Apresenta-se com episódios paroxísticos de hipertensão (HTA), hipersudorese, cefaleias e palpitações. Por se tratar de um tumor de crescimento lento, é clinicamente difícil a distinção entre benigno e maligno, apenas possível histologicamente ou caso a doença se apresente metastizada. Estima-se que apenas 20% dos paragangliomas sejam malignos e que, destes, 35-50% possam metastizar.
Caso clínico: Um homem de 44 anos com antecedentes de HTA recorre ao serviço de urgência por palpitações com uma semana de evolução. O exame físico, ECG e estudo analítico iniciais eram inocentes. Regressa no dia seguinte por HTA não controlada (TA 181/129 mmHg) associada a cefaleias. Repete ECG, análises sumárias e faz TC crânio, todos dentro da normalidade. Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna após ajuste da medicação anti-hipertensora. Na consulta, realizou MAPA que demonstrou carga tensional elevada, com curva tensional dipper invertido e doseamento de catecolaminas plasmáticas e urinárias, com aumento significativo da noradrenalina e normetanefrina. O PET com DOTANOC-Ga68 revelou tumor neuroendócrino retroperitoneal com elevada expressão de recetores de somatostatina, provável paraganglioma, com extensa metastização hepática, ganglionar e óssea.
Discussão: A HTA secundária é a HTA com origem numa causa identificável. A sua prevalência ronda os 5–15% das pessoas com HTA e, nestas, o feocromocitoma é a causa da HTA em menos de 0.2%. Os sintomas de excesso de catecolaminas são inespecíficos, pelo que um elevado grau de suspeição é necessário para o diagnóstico precoce deste tipo de tumores, uma vez que uma intervenção precoce pode ser curativa. Este raro caso de paraganglioma com apresentação em estadio avançado realça a importância de exclusão de causas secundárias de HTA sempre que clinicamente justificável.

CO n.º 2311
Hipopituitarismo: uma causa rara

Ana Catarina Bravo(1);Henrique Pina(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Rita Costa Chu(1);Marta Sanches(1);Beatriz Castro Silva(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Inês Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Joana Maurício(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O hipopituitarismo é uma doença rara da hipófise que consiste na diminuição da secreção de uma ou mais hormonas hipofisárias e que pode resultar de doenças quer hipofisárias quer hipotalâmicas. Cerca de metade dos casos devem-se a neoplasias, estando os restantes associados a causas não tumorais, nomeadamente infecciosas, inflamatórias, auto-imunes, infiltrativas, entre outras.
Caso clínico: Doente do sexo feminino de 81 anos, com história conhecida de síndrome mieloproliferativo com 30 anos de evolução (hemoglobina basal 7-8 g/dL), atualmente dependente de suporte transfusional, e sob terapêutica com agentes quelantes de ferro. Admitida no serviço de urgência por astenia, prostração e recusa alimentar com 2 semanas de evolução. Analiticamente apresentava anemia agudizada (hemoglobina 3.8 g/dL), ferritina 40715 µg/L e saturação de transferrina de 78%. Paralelamente, o doseamento das hormonas tiroideias revelou TSH 0.13 mUI/L, fT4 10.8 pmol/L e fT3 3.6 pmol/L. Face à presença de hipotiroidismo central, associado à sobrecarga de ferro que a doente apresentava, foi colocada a hipótese de provável infiltração hipofisária por depósitos de ferro. Neste contexto, foi solicitado o doseamento das restantes hormonas hipofisárias, que revelou igualmente défice de LH (0.7 mUI/mL) e FSH (4.5 mUI/mL), com as restantes hormonas hipofisárias dentro dos intervalos de referência. Realizada ressonância magnética nuclear da sela turca, sem alterações, tendo sido admitido hipopituitarismo por provável hemocromatose secundária. Após estabilização clínica e analítica, a doente teve alta medicada com levotiroxina 25 µg/dia. Reavaliada em consulta de Endocrinologia após 2 meses, com melhoria clínica e normalização da função tiroideia.
Discussão: Este caso ilustra a necessidade de avaliação global dos doentes submetidos a transfusões sanguíneas frequentes, pelo risco de sobrecarga de ferro e subsequente lesão de órgão. As manifestações clínicas podem ser variadas e potencialmente graves, pelo que o diagnóstico deve ser atempado.

CO n.º 2322

Streptococcus anginosus do comensal ao abcesso

Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Inês Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Inês Fiuza m Rua(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Diogo Ferreira da Silva(1);Joana Diogo(1);Manuel Serrano Martins(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O S. anginosus é um gram positivo, anaeróbio facultativo que pertence ao subgrupo de S. viridans. É parte integrante da flora comensal humana e distingue-se pela capacidade de formar abcessos. Feminino, 80 anos, história médica conhecida de hipertensão arterial, síndrome depressivo, prótese total do joelho há 23 anos e cirurgia dentária no mês anterior. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro com um mês de evolução de prostração, de agravamento na última semana, associada a desorientação e delirium noturno. À admissão encontrava-se sonolenta, prostrada, descorada, desidratada, hipotensa e polipneica. Laboratorialmente leucócitos 19.060/L com neutrofilia 16.500/L, PCR 360.7mg/L, procalcitonina 0.9mcg/L, troponina I 2709ng/L. Realizou tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética (RM) craneo-encefálica que documentaram lesão expansiva parenquimatosa frontal anterior esquerda com cerca de 19mm, limites bem definidos e ligeiro efeito massa. Realizou-se punção lombar que excluiu meningite bacteriana. Internada com a hipótese diagnóstica de abcesso cerebral de etiologia a esclarecer. Em hemoculturas isolou-se S. anginosus. No internamento realizou ecocardiograma transesofágico que confirmou o diagnóstico de Endocardite com volumosa vegetação do folheto posterior da válvula mitral nativa. Realizou também RM dorsolombar que revelou alterações esclero-erosivas de D11 a L2 compatíveis com espondilodiscite. Foi submetida a drenagem cirúrgica do abcesso cerebral e cumpriu antibioterapia dirigida com ampicilina durante dez semanas, com evolução clinica e laboratorial favorável. Este caso destaca-se pela sua apresentação com embolização multifocal incomum e pela embolização séptica cerebral da vegetação da válvula mitral nativa. Pretende-se evidenciar a importância da investigação do foco infeccioso quando se isola um S. anginosus, pela sua capacidade de causar abcessos.

CO n.º 2330

Covid-19: Uma coagulopatia catastrófica.

Filipa Gonçalves(1);Catarina Jacinto Correia(1);Nina Jancar(1);Inês Ferreira Pinto(1);José Duro(1);Bárbara Queiroz(1);Mariana Simões(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
Diversos estudos mostram uma associação entre COVID-19 e o desenvolvimento de distúrbios da hemostase, associada essencialmente a uma resposta hiperinflamatória.
Caso clínico:
Mulher, 56 anos, com infeção SARS-CoV2 ligeira, admitida por AVC isquémico com oclusão da carótida esquerda e segmento M1 da ACM e ACA esquerdas (NIHSS 24), tendo realizado rtPA. Evolução desfavorável com extensão da área de isquemia cerebral, sem transformação hemorrágica. Internamento complicado por EAM sem supra de ST, com ecocardiograma a revelar hipocinesia marcada da parede inferior e posterior e trombo intraventricular, tendo iniciado antiagregação dupla e HNF, posteriormente alterada para HBPM por dificuldade em atingir alvos de aPTT. Posterior surgimento de crises convulsivas e aparecimento de foco hemático no hemisfério contralateral, e, concomitantemente, episódio de hemorragia digestiva alta, pelo que foi suspensa anticoagulação. No entanto, manteve agravamento da discrasia hemorrágica com metrorragias, hematúria, hematoma peri-orbitário espontâneo e múltiplas equimoses em locais peri-punção, com necessidade de suporte transfusional. Sem coagulopatia associada, tromboelastograma apenas com padrão de hipercoagulabilidade. Manteve curso clínico desfavorável com lesão renal aguda e abdómen agudo, com identificação de enfarte esplénico e isquémia renal bilateral e mesentérica; subsequente agravamento neurológico (GCS 3 e manutenção de crises convulsivas) por novo evento isquémico. As medidas terapêuticas foram consideradas fúteis, tendo a doente vindo a falecer.
Discussão:
Este caso ilustra a complexidade da gestão da coagulopatia associada ao COVID19, com manifestação trombótica inicial e posteriores eventos hemorrágicos (relacionados com a infecção e terapêuticas anti-trombóticas). Foram excluídas causas adicionais protrombóticas, como trombofilias, hemoglobinopatias, CID, disfunção hepática e neoplasia oculta, permanecendo apenas o risco trombótico associado à COVID-19.

CO n.º 2339

Uma causa de insuficiência respiratória hipoxémica a ter em mente

Rafaela Lopes Freitas(1);Catarina Lopes(2);Luís Moura(1);Margarida Oliveira(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A insuficiência respiratória hipoxémica (IR tipo 1) é uma entidade frequente nos cuidados de saúde terciários. Com o aparecimento de novos fármacos, nomeadamente os inibidores da enzima polo ADP ribose-polimerase (PARPi), devemos estar atentos aos efeitos secundários.
Caso clínico: Masculino de 61 anos com adenocarcinoma prostático metastizado a nível ósseo, ganglionar e pleural para o qual se encontra na 4ª linha de tratamento com olaparib (PARPi). Recorreu ao SU por dispneia para esforços mínimos. Admitido numa Unidade de Cuidados Intermédios em contexto de IR tipo 1 moderada (ratio pO2/FiO2 133). Analiticamente aumento de parâmetros inflamatórios (PCR 190mg/L). AngioTC de Tórax sem imagens sugestivas de tromboembolismo pulmonar, mas parênquima pulmonar com extensas áreas de densificação em vidro despolido bilaterais, condensação e broncograma aéreo. Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Assumida IR tipo 1 moderada multifatorial em doente imunodeprimido. Como contributos: etiologia infeciosa em imunodeprimido, neste caso documentada pneumonia vírica (virémia de CMV positiva com 1298 cópias/uL) pelo que fez ciclo de antivírico dirigido. Pelo risco de coinfecção bacteriana, associou-se antibioterapia empírica com cobertura de Pneumocystis. Sem isolamento de outros agentes (SARS-COV2, influenza A e B, VSR, antigenúrias de Pneumococcus e Legionella e hemoculturas negativas). Paralelamente, admitiu-se contributo de pneumonite ao PARPi, que foi suspenso e fez pulsos de corticóide em alta dose seguido de desmame gradual. Documentada evolução clínica e analítica favoráveis a permitir alta para ambulatório com reavaliação a curto prazo na consulta.
Discussão: O paradigma do internista passa por tratar doentes complexos, portadores de doença crónica e por isso, sujeitos a descompensação. Neste caso, uma neoplasia prostática sob tratamento paliativo com olaparib. Importa lembrar que estes fármacos são de uso cada vez mais frequente pelo que é peremptório reconhecer cada vez mais as suas complicações.

CO n.º 2342

O comportamento errático da tuberculose

Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Inês Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Inês Fiuza m Rua(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Joana Diogo(1);Manuel Serrano Martins(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) miliar representa menos de 2% dos casos de TB mundial. Em 16-30% dos casos associa-se a TB do SNC (meningite ou tuberculoma). Em Portugal a incidência de TB tem diminuído, a maioria surge na população migrante. Masculino, 47 anos, indiano, saudável que recorreu ao serviço de urgência por cefaleia holocraneana, foto e fonofobia, sudurese noturna e febrícula com 5 dias de evolução. Apresentava desorientação, incapacidade no cumprimento de ordens e diminuição da força do braço esquerdo. Analiticamente hiponatrémia grave (118 mmol/L). A tomografia computorizada (TC) craneo-encefálica (CE) não revelou alterações. No internamento realizou ressonância magnética (RM) CE que documentou múltiplas lesões ovaladas com reforço de sinal em anel, cerebelosas bilaterais e bihemisféricas temporal, parietal e frontal; punção lombar com líquido xancromático, dominância de mononucleares, proteinorraquia, elevação adenosina deaminase e teste de amplificação de ácidos nucleicos positivo. Evolução clínica em paraparésia, tendo a RM dorso-lombar documentado processo leptomeníngeo perimedular com envolvimento da cauda equina. A pesquisa de Bacilos ácido-álcool resistentes na expectoração foi negativa, no entanto, a TC Tórax documentou padrão de micronodularidade miliar, disperso bilateralmente, com pequenos focos com tendência consolidativa dispersos, mais nos lobos superiores compatível com TB miliar. O exame cultural do LCR confirmou o diagnóstico de TB. Tratando-se de TB disseminada com meningoencefalite e mielorradiculite e TB miliar iniciou-se antibacilares e corticoterapia com reversão da paraparésia e melhoria clínica gradual. A TB miliar em adultos imunocompetentes é rara, mesmo quando provenientes de zonas endémicas. A associação a TB do SNC é uma realidade e a taxa de mortalidade nestes casos é elevada (15-40%). É importante assim manter um elevado nível de suspeição. Este caso é particular pela apresentação com manifestações clínicas pulmonares frustes mas analíticas e sistémicas relevantes.

CO n.º 2347

Pancreatite recorrente secundária a hipertrigliceridemia grave

Manuel g. Costa(1);Ana Gorgulho(1);João Casanova Pinto(1);Margarida Andrade(1);Beatriz Fernandes(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A quilomicronemia, que tem mais comummente uma etiologia multifactorial, associa-se a um risco de pancreatite aguda.
Uma mulher de 32 anos com antecedentes de obesidade e hipertrigliceridemia havia tido 3 episódios de pancreatite aguda alitiásica nos 5 anos precedentes. O pai tinha hipertrigliceridemia. Não aderira à terapêutica com fenofibrato nem às alterações de estilos de vida propostas. Foi admitida duas vezes num espaço de 6 meses por pancreatite aguda alitiásica de baixa gravidade (score BISAP igual a zero). Aquando do primeiro episódio identificou-se hipertrigliceridemia (3148 mg/dL) bem como hipercolesterolemia (colesterol total 362 mg/dL). Verificou-se melhoria clínica após pausa alimentar e terapêutica com estatina de alta intensidade e fibrato. A trigliceridemia à data da alta era de 699 mg/dL. Teve alta medicada com atorvastatina e bezafibrato. Meses depois teve novo episódio, novamente com trigliceridemia superior a 3000 mg/dL. Negou incumprimento da terapêutica. Verificou-se melhoria clínica após pausa alimentar e plasmaférese. Teve alta medicada com pitavastatina, fenofibrato e ómega-3, bem como com um plano alimentar personalizado. Em reavaliação em consulta 6 meses após a alta mostrou-se assintomática, com colesterol total de 265 mg/dL e triglicéridos de 255 mg/dL. Não apresentava sinais de lipodistrofia. Foi incrementada a intensidade da estatina. Pese embora a variabilidade dos valores laboratoriais e a obesidade, considerando o número de episódios de pancreatite e a precocidade dos mesmos, foi realizada a avaliação de causas genéticas de hipertrigliceridemia, que revelou uma mutação em heterozigotia da apolipoproteína A5.
A presença de hipertrigliceridemia grave, especialmente com valores superiores a 880 mg/dL e associada a pancreatite aguda recorrente, deve fazer suspeitar de síndrome de quilomicronemia. Apesar da existência de causas secundárias como a obesidade e erros alimentares, no caso descrito a exuberância e recorrência das manifestações clínicas levou a que se considerassem causas genéticas concomitantes. De facto, a síndrome de quilomicronemia multifactorial é mais frequente do que causas monogénicas. Estes doentes, além do risco de pancreatite aguda, apresentam um elevado risco cardiovascular, que deve ser mitigado através da redução do colesterol LDL.

CO n.º 2361

Uma apresentação atípica de Doença de Lyme

Beatriz Dias Silva(1);Teresa Belo(1);Catarina Almeida(1);Tânia Batista(1);João Olivério Ribeiro(1);Hélia Mateus(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A doença de Lyme (DL) é das infeções transmitidas por carraça mais comuns na Europa, contudo tem baixa prevalência em Portugal. É provocada, maioritariamente, pela espiroqueta Borrelia burgdorferi e pode ter várias manifestações clínicas, localizadas ou generalizadas, devendo ser considerada perante um quadro de febre associada a exantema.
Apresentamos o caso de uma mulher de 33 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, residente em meio rural, admitida a internamento por quadro de 5 dias de febre elevada (temperatura timpânica máxima 40,3ºC), adenopatias cervicais esquerdas palpáveis e exantema macular disperso que poupava palmas, plantas e face. A doente negou viagens recentes, medicação crónica ou coabitantes com sintomatologia semelhante. À observação, constatou-se, também, a presença de uma escara na face interna do tornozelo direito. Durante o internamento, iniciou quadro de olho vermelho que culminou no diagnóstico de uveíte anterior bilateral. Posteriormente, por queixas de coxalgia esquerda, realizou Tomografia Computorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou sinais compatíveis com artrite da articulação coxofemoral. Tendo em conta a apresentação clínica procurou-se excluir doenças transmitidas por artrópodes. Do estudo efetuado destaca-se teste serológico e confirmatório positivo para imunoglobulina M e G de Borrelia burgdorferi. Cumpriu 14 dias de Doxiciclina e 14 dias de Ceftriaxone, que iniciou de forma empírica previamente ao diagnóstico definitivo.
Com este caso clínico os autores pretendem alertar para a importância de reconhecer as manifestações da DL, já que 20% dos casos não se apresentam com características patognomónicas, como eritema migratório. De salientar, ainda, que esta doença é causa de uveíte em menos de 3% dos doentes com o diagnóstico de DL, tornando-se, desta forma, importante considerar esta patologia em doentes que se apresentem com sintomas inespecíficos, tal como acontece no caso apresentado.

CO n.º 2378

Hipertensão intracraniana a importância da persecução diagnóstica

Isabel Monteiro(1);Cristina Rosário(1);Margarida Calejo(1);Matilde Salgado(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

A hipertensão intracraniana (HIC) é uma urgência médica cujo o tratamento agudo envolve reconhecimento célere e terapêutica dirigida. O tratamento adequado depende da identificação da causa subjacente, que deve ser exaustivamente procurada.
Apresentamos uma doente de 56 anos com antecedente de carcinoma lobular da mama pT3N3R0 (CL) diagnosticado em 2017 para qual realizou tratamento multissistémico sem sinais de recidiva. Sob hormoterapia, iniciou em outubro/2021 quadro de alteração de visão, náuseas, vómitos e fotofobia refratárias a terapêutica analgésica. Sem clínica focalizadora de doença sistémica. Do estudo destaca-se edema papilar bilateral com hemorragias peripapilares, punção lombar (PL) com pressão de abertura aumentada, líquido cefalorraquidiano (LCR) com proteinorráquia, sem células neoplásicas (3 pesquisas seriadas negativas). Identificadas bandas oligoclonais de IgG no LCR, não no soro. ANA's padrão mosqueado 1:320, excluído SAF. Ressonância magnética (RMN) cranioencefálica apresentava alterações compatíveis com HIC, sem lesões metastáticas. TC toracoabdominopélvico descrevia densificação do cólon distal. RMN abdómen, coluna vertebral, cintigrafia óssea e PET sem alterações sugestivas de malignidade. A doente apresentou melhoria inicial transitória após PL e terapêutica oral, sem resposta a corticoterapia. Verificou-se progressão clínica com hipovisão e cefaleia refractária pelo que colocou shunt ventrículo-peritoneal com melhoria sintomática. Não foram efectuadas biópsias meníngeas. Realizou posteriormente estudo endoscópico que mostrou metastização intestinal de CL da mama, estadio IV com atingimento colo-retal e provável envolvimento meníngeo.
Salientamos este caso pela sua dificuldade diagnóstica e para destacar a necessidade de estudo etiológico profundo perante a presença de HIC. A suspeita neoplásica era elevada sendo apenas confirmada, embora indirectamente, pelo incomum atingimento cólico.

CO n.º 2390

Linfoma de células B difuso – um caso com apresentação atípica

Tânia Santos Carvalho(1);Daniela Soares Santos(1);Carolina Martins(1);Joana Ramos(1);Arsénio Santos(1);Lélita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o tipo de Linfoma não Hodgkin mais comum e manifesta-se como uma massa nodal ou extranodal de crescimento rápido. Apesar de agressivo, responde aos tratamentos, com taxas de cura até 50%. Este caso ilustra uma apresentação atípica de LDGCB, com fatores confundentes no diagnóstico.
Caso clínico: Mulher, 79 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre, tumefação dolorosa na coxa esquerda, perda ponderal (15kg) e suores noturnos com 1 mês de evolução. Tinha antecedentes de asma e alergia a beta-lactâmicos e quinolonas. Apresentava massa dura na coxa esquerda, aderente a planos profundos, de limites mal definidos e sem sinais inflamatórios. Colocadas como hipóteses de diagnóstico abcesso, neoplasia do osso ou de tecidos moles. Analiticamente, tinha leucocitose e neutrofilia, elevação da PCR (30 mg/dL) e LDH (275 U/L) e anemia. Na radiografia era visível aspeto mosqueado do fémur proximal. A ecografia da coxa descrevia uma coleção compatível com abcesso. A doente foi internada e cumpriu 8 dias de meropenem e corticoterapia, com descida dos parâmetros inflamatórios. A RM da coxa revelou não um abcesso, mas sim uma massa sólida de tecidos moles infiltrativa com captação de contraste. A TC-TAP relatou massa pré-sagrada, conglomerados adenopáticos lombo-aórticos e ilíacos, massa na pleura apical direita, metástase osteolítica ilíaca e pulmonar. A biópsia da massa da coxa identificou um linfoma de células B de padrão difuso, com positividade para CD20, Bcl6, Bcl2 e CD10 e índice proliferativo Ki67 de 40%. Foi iniciado tratamento.
Discussão: Uma massa na coxa é uma apresentação rara de LDGCB. Menos de 50% têm atingimento extranodal e desses, <3% apresentam envolvimento ósseo. Salienta-se a importância da valorização dos sintomas B que direcionavam para o diagnóstico. O resultado da ecografia, associado a melhoria inicial com antibiótico poderia ser fator confundente. A biópsia, fundamental na abordagem, permitiu a distinção entre os tipos de neoplasia. Este caso ilustra uma patologia rara, com uma manifestação pouco comum, relembrando a importância do diagnóstico diferencial.

CO n.º 2417

Aspergillus: um agente silencioso

Mariana Campos Lobo(1);Rafaela Lopes Freitas(1);Ana Isabel Lopes(1);Joana Lourenço(1);Ana Paula Vaz(1);Cristina Rosário(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças respiratórias

A Aspergilose Crónica Pulmonar, ou seja infeção por *Aspergillus*, pode ter variadas apresentações, entre elas a aspergilose crónica cavitária ou a doença invasiva em casos mais severos. A patologia pulmonar prévia é um fator de risco para a infeção crónica. A colonização por *Aspergillus* é bastante comum, tornando por vezes o diagnóstico de infeção por este agente mais difícil, implicando uma grande suspeita clínica.
Apresentamos um doente com 65 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 2, enfisema extenso, fumador ativo e SAOS. Recorre ao SU por astenia, anorexia e dor pleurítica direita. TC tórax revelou bolha de enfisema com nível hidroaéreo no lobo superior direito e derrame pleural direito. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, antigénios urinários negativos e sem isolamento microbiológico nas hemoculturas. Iniciada antibioterapia na presunção de infeção bacteriana, contudo ao longo do internamento verificado agravamento imagiológico do nível hidroaéreo e espessamento das paredes da "bolha". Foram realizadas 2 broncofibroscopias e biópsia transtorácica com exame micro e micobacteriológico negativo. Imunoglobulina G sérica positiva para *Aspergillus Fumigatus* (493 mgA/L) e a PCR de *Aspergillus* no lavado bronco-alveolar também se revelou positiva. Foi assumida Aspergilose crónica cavitária, tendo cumprido 5 meses de voriconazol com resolução imagiológica total.
Revendo o caso, doentes com patologia pulmonar, cavidade com parede espessada e ausência de melhoria com antibioterapia devemos excluir infeção por *Aspergillus*. A realização de PCR para *Aspergillus* aumenta a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico e pode ser uma ferramenta útil nestes doentes. Pretendemos alertar para a importância da inclusão desta patologia nos diagnósticos diferenciais em doentes que se apresentam com enfisema e níveis hidroaéreos.

CO n.º 2424
DOR ABDOMINAL RECORRENTE NO JOVEM – UMA CAUSA INESPERADA

Ana Raquel Soares(1);Pedro Fiúza(1);Lourenço Cruz(1);José Sousa(1);Sofia Eusébio(1);André Conchinha(1);Valentina Tosatto(1);Paula Nascimento(1);Rita Barata Moura(1);António Mário Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: A dor abdominal episódica traduz habitualmente doença ligeira, no entanto, se intensa ou recorrente mesmo no doente jovem, deve ser investigada.
CASO CLÍNICO: Homem de 31 anos previamente saudável, recorreu à Urgência por dor epigástrica com irradiação lombar. Na avaliação inicial não foram encontradas alterações ao exame físico pelo que foi medicado sintomaticamente. Posteriormente, por dor recorrente já com 6 semanas de evolução, anorexia e perda ponderal, realizou ecografia abdominal que identificou múltiplas lesões nodulares sólidas hepáticas e volumosa massa sólida abdominal. Realizada tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica que confirmou volumosa formação sólida heterogénea retroperitoneal com áreas de necrose e invasão de estruturas adjacentes nomeadamente vasculares e múltiplas metástases hepáticas e pulmonares. Ao exame físico, identificadas 3 massas no testículo direito, tendo a ecografia confirmado 2 nódulos sólidos e um quístico. A Beta-hCG estava aumentada (56736,6 mUI/ml) e a alfa-fetoproteína normal. Colocada a hipótese de neoplasia maligna do testículo em estádio IIIC, foi realizada orquidectomia e o exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou tumor de células germinativas não seminoma – teratocarcinoma (carcinoma embrionário misto com teratoma maduro). Foi iniciada quimioterapia primária com bleomicina, etoposido e cisplatina, com resposta favorável após 2 ciclos; após início do 3º ciclo, apresentou episódio de hematemeses abundantes que se confirmaram secundárias a fístula aortoentérica primária, com rápida evolução para choque e paragem cardiorrespiratória sem recuperação.
DISCUSSÃO: As neoplasias malignas de órgãos sólidos mais comuns em jovens do sexo masculino são as testiculares sendo os tumores de células germinativas a maioria. Os tumores testiculares têm elevada taxa de cura mas no grupo dos não-seminomas com metastização ou aumento marcado de marcadores tumorais, o prognóstico é desfavorável e a sobrevivência diminui marcadamente, sendo essencial o diagnóstico precoce.

CO n.º 2425

Psicose e síndrome constitucional – doença psiquiátrica ou doença orgânica?

Rita Serejo Portugal(1);Maria Helena f. Silva(1);André Matos Gonçalves(1);Volodymir Nagirnyak(1);Ana Rita Sanches(1);Sónia Cunha Martins(1);Inês Coelho(2);Tiago Lima Pereira(2);Margarida Sousa Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas (2) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As doenças neuromusculares compreendem um grupo de doenças que afetam a função neuromuscular (mio e neuropatias e patologias da junção neuromuscular). Estima-se que em Portugal existam mais de 5000 doentes afetados. A miastenia gravis é uma das doenças deste grupo e está associada ao envolvimento dos músculos bulbares, oculares e respiratórios, podendo cursar com diplopia, disartria, disfagia, falência respiratória e alterações psiquiátricas.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos, internada eletivamente no serviço de Psiquiatria por suspeita de perturbação do comportamento alimentar e quadro de desnutrição grave (IMC 12.4). Apurado quadro de fraqueza muscular, disfagia e diplopia intermitente com 2 anos de evolução. Ao exame neurológico apresentava fasciculações/mioclonias, diplopia ,diminuição da força generalizada, sem aparente fatigabilidade com a repetição dos movimentos e reflexos osteotendinosos presentes e simétricos. Discutido com Neurologia, colocadas hipóteses diagnósticas de miastenia gravis, encefalopatia de Hashimoto e esclerose lateral amiotrófica. Durante o internamento desenvolveu síndrome psicótica e quadro de insuficiência respiratória grave, pelo que foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. O estudo complementar realizado não mostrou alterações relevantes (TC CE, RM CE, EMG, biópsia muscular, PL sem evidência de encefalite, hormonas tiroideias dentro do limite da normalidade), com excepção do resultado dos anticorpos anti-MuSK positivo, confirmando o diagnóstico de miastenia gravis. Realizou curso de 5 dias de imunoglobulina e posteriormente rituximab e corticoterapia com melhoria clínica progressiva.
Discussão: O caso clínico descrito reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e multicêntrica, uma vez que esta doente foi inicialmente internada pelo que parecia ser um caso de perturbação do comportamento alimentar, tendo-se diagnosticado posteriormente uma crise miasténica com necessidade de suporte ventilatório.

CO n.º 2430

Síndrome hemofagocítica – uma sequela causada por COVID-19?

Maxim Suleac(1);Barbara Silva(2);João Pedro Gomes(3);Sara a. Pinto(3);Marta Bastos(3);Margarida Badior(3);João Valente(3)
(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

O síndromo hemofagocítico (SHF)representa uma condição hiperinflamatória grave manifestando-se por febre, citopenias, hepatoesplenomegalia e hemofagocitose.
Os autores apresentam o caso de um doente, sexo feminino, 20 anos de idade, com o diagnóstico de LES desde 2021. Antecedentes de infeção por COVID-19 em dezembro.2021. Internamento em abril.2022 por hemorragia alveolar difusa, hipoglicemia e febre sustentada - que se assumiu em contexto de *flare* lúpico com excelente resposta a pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida; alta medicada com pantoprazol, prednisolona, hidroxicloroquina e cotrimoxazol 3 vezes por semana.
Admitida por hipoglicemia e manutenção de febre. Considerada a hipótese de insuficiência suprarenal secundária iniciou hidrocortisona e associada antibioterapia empirica com ceftriaxone e azitromicina. Realizada tomografia toraco-abdominal – alterações parenquimatosas em vidro despolido sugestivas de etiologia infeciosa virica, esplenomegalia; teste PCR para SARS-CoV-2 positivo. Agravamento clinico e analítico com hipertrigliceridemia, citopenias e hiperferretinemia – colocada a hipótese de síndromo hemofagocítico. Realizado medulograma e biópsia medular com resultado pouco esclarecedor - decidido alterar corticoterapia para dexametasona e iniciar imunoglobulinas. Verificado evolução favorável com recuperação progressiva.
O SHF pode ser primário - etiologia genética, ocorre predominantemente na infância, ou secundário - mais comum em adultos e pode ter como causa de base infecções, medicações ou neoplasias malignas. O quadro clínico inicial da SHF é marcado pela resposta inflamatória sistêmica (SIRS) com clinica de sepsis grave: febre alta, taquicardia, hipotensão refratária, acidose e insuficiência renal.

CO n.º 2434

Borreliose e pericardite aguda: um diagnóstico desafiante

Patrícia Neves(1);Mariana Pereira Santos(1);Diogo Brandão Neves(1);Teresa Sequeira(1);João Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A pericardite é a doença mais comum a afetar o pericárdio, sendo a sua etiologia frequentemente idiopática ou causada por vírus. Mas há casos em que o tratamento de suporte é insuficiente e o uso de terapêutica dirigida pode alterar o curso da doença, especialmente quando a etiologia é bacteriana.
Caso clínico
Apresentamos o caso de uma senhora de 82 anos, contexto de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, admitida no serviço de urgência por cansaço fácil, ortopneia e tonturas com 1 mês de evolução. Apresentava insuficiência respiratória tipo 1, eletrocardiograma com fibrilação auricular de novo e QRS de baixa voltagem; analiticamente a destacar elevação dos parâmetros inflamatórios e pro-BNP 1337 pg/mL; radiografia de tórax com derrame pleural bilateral, ecocardiograma transtorácico a revelar um derrame pericárdico moderado e espessamento do pericárdio visceral. Submetida a pericardiocentese e toracocentese diagnóstica. Bioquímica do líquido pleural e pericárdico com características de exsudado. Do estudo efetuado excluída tuberculose, causa autoimune e neoplasia. Dos exames serológicos: Borrelia IgM positiva confirmada por Western-Blot; restantes causas infeciosas excluídas. Por persistência dos sintomas apesar da terapêutica inicialmente instituída, foi realizada ressonância magnética nuclear cardíaca a confirmar pericardite ativa a evoluir com componente constritivo. Assim, assumimos pericardite aguda por borreliose. Cumpriu 21 dias de doxiciclina e iniciada corticoterapia. Pesquisa de Borrelia burgdoferi por biologia molecular no líquido pericárdico realizada posteriormente não detetado. 2 semanas após tratamento, melhoria sintomática, sem recrudescência do derrame pericárdico, IgM em decrescendo e parâmetros inflamatórios sustentadamente baixos.
Discussão
Não estavam descritas lesões cutâneas, artrite ou sinais neurológicos. No entanto, a pericardite pode ser uma manifestação de borreliose, sendo mais comum na Europa. Apesar de não confirmada por biologia molecular no derrame pericárdico, apenas foi realizada a pesquisa de B. burgdoferi, havendo outras estirpes descritas em Portugal. A maioria das pericardites necessitam apenas tratamento sintomático e vigilância, mas devemos estar alertas para outras causas que carecem de antibioterapia.

CO n.º 2435
LISTERIOSE À CABEÇA

Rita Lencastre Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiuza Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);André Valente(1);Rodrigo Leão(1);Ana Serrano(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Em Portugal a Listeria monocytogenes (LM) têm uma baixa incidência, mas está associada a taxas de mortalidade de 50%, principalmente em doentes imunocomprometidos, recém-nascidos e grávidas. A LM é um bacilo gram positivo, ubiquitário, penetrando no organismo pelo trato gastrintestinal após o consumo de alimentos contaminados. Atinge principalmente o tubo digestivo e pode causar doença invasiva atingindo o sistema nervoso central (SNC).
Caso clinico: Homem de 58 anos com antecedentes conhecidos de enfisema pulmonar de etiologia tabágica, hiperuricemia e dislipidemia. Foi levado ao serviço de urgência por crise focal clónica da face sem perturbação de consciência com cedência após administração de diazepam. Sem febre ou outra sintomatologia relevante. Analiticamente revelou com aumento dos parâmetros inflamatórios de fase aguda. Realizou angioTAC com lesão isquémica parietal esquerda de natureza inflamatória infeciosa pelo que foi internado. Foram colhidas hemoculturas (HC) com isolamento de LM e a punção lombar revelou pleocitose, mas sem isolamento de LM ou outros agentes, incluindo micobactérias. A RM CE confirmou a etiologia inflamatória infeciosa também no tronco cerebral e talâmica. Durante o internamento, em colaboração com neurologia, o doente cumpriu antibioterapia dirigida com ampicilina e gentamicina em doses meníngeas durante 21 dias com boa evolução clínica, analítica e imagiológicas com negativação em HC. Até à data de alta não foi apurado o foco epidemiológico de infeção.
Discussão: O doente apresentado tinha como único fatores de risco conhecido na altura do diagnóstico para doença invasiva a idade superior a 50 anos. Manteve seguimento em consulta de medicina e posteriormente foi feito o diagnóstico de espondilite anquilosante HLB27 positiva sem necessidade de tratamento imunossupressor até à data. Os doentes da medicina interna são cada vez mais complexos, com múltipla patologia associada e frequentemente em estados de imunossupressão. Apesar da LM ser incomum, o seu diagnóstico é frequentemente tardio e requer elevada suspeição clínica através da identificação precoce dos fatores de risco para que seja possível melhorar o prognóstico.

CO n.º 2438

Miocardite, Lupus Eritematoso Sistémico e COVID-19: um trinómio delicado

Jéni Quintal(1);Joana Silva Ferreira(1);José Maria Farinha(1);Ana Fátima Esteves(1);António Pinheiro Candjonjo(1);Rui Antunes Coelho(1);Catarina Pohle(1);Tatiana Duarte(1);Sara Gonçalves(1);Rui Caria(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O coronavírus SARS-CoV-2 além de afetar primariamente o sistema respiratório, possui também um largo espectro de manifestações cardiovasculares. A incidência real de miocardite ainda não é clara, particularmente nos doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Nestes doentes a Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19) associa-se a pior prognóstico, com maior risco de hospitalização, de ventilação mecânica, eventos tromboembólicos e sépsis.
Caso clínico: Homem, 46 anos, autónomo. Antecedentes pessoais relevantes para LES com nefrite grau IV, Hipertensão Arterial e Dislipidemia. Recorre ao serviço de urgência por dor retroesternal, intensa e opressiva, com 4h de evolução. À admissão, apresentava-se pálido, diaforético e hipertenso. Do estudo analítico efetuado, salientam-se Troponina I (TnI) elevada (2530 pg/mL) e agudização de doença renal crónica. Os eletrocardiogramas seriados demonstraram depressão do segmento ST de 0.05mV em DIII e aVF. O ecocardiograma sumário evidenciou função sistólica biventricular (FSBV) normal e hipocinésia da parede infero-lateral do ventrículo esquerdo. Sem derrame pericárdico. A pesquisa de SARS-CoV-2 à admissão foi positiva. Foi realizada angiografia coronária que excluiu doença arterial coronária significativa. Por suspeita de miocardite, pedida ressonância magnética cardíaca com contraste (RMc) que documentou normal FSBV, hipocinésia da parede lateral com edema e realce tardio na parede anterior basal, lateral e segmento inferoapical. Foi admitida Miocardite por COVID-19 e iniciado tratamento com prednisolona. Verificada evolução clínica favorável, sem arritmias ou recorrência de precordialgia.
Discussão: O tratamento da miocardite por COVID-19 é ainda controverso. Embora alguns autores defendam o uso de corticosteroides, nos doentes com LES estes fármacos associam-se a maior risco de internamento e admissão em unidade de cuidados intensivos, lesão renal aguda e sépsis. Apresenta-se
o caso de um doente com LES e miocardite a COVID-19 com lesão miocárdica significativa (TnI máxima >27 000 pg/mL e envolvimento tecidular extenso na RMc) que foi tratado com sucesso com prednisolona. Este caso destaca não só a importância de uma estreita monitorização destes doentes, como também apoia o uso de corticosteroides na Miocardite por COVID-19.

CO n.º 2445

Nem tudo o que parece é: quando um possível AVC esconde um shunt portossistémico congénito

Ana Rita Pedroso(1);Rita Gonçalves Pinto(1);Patrícia da Cunha Brito(1);Inês Manuel Gonçalves(1);Olinda de Sousa Caetano(1);Marina Alves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças raras

Introdução
A encefalopatia hepática é causada por insuficiência hepática e/ou shunt portossistémico. O tratamento baseia-se na diminuição da produção de amónia e no aumento da sua excreção, recorrendo-se a lactulose, rifaximina e probióticos.
Os shunts portossistémicos são anomalias vasculares, adquiridas ou congénitas, sendo as últimas raras (1/30000-50000 nados-vivos).
Caso clínico
Homem de 75 anos, com antecedentes relevantes de fibrilhação auricular, hipocoagulado com rivaroxabano e com internamento recente por um quadro de desequilíbrio e alteração da fala, sem evidência de evento central e com recuperação dos défices. Sem antecedentes de etilismo.
Admitido por prostração e alterações da marcha. Fez tomografia computorizada (TC) de crânio sem alterações agudas, ficando internado por suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Realizou uma angiorressonância cerebral que mostrou uma lesão recente no braço anterior da cápsula interna. Por manter prostração, foi avaliado por Neurologia, que concluiu que a localização e extensão do evento não justificaria o estado neurológico. Realizou electroencefalograma que evidenciou “encefalopatia grave”. Feito estudo exaustivo de causas infecciosas e metabólicas, destacando-se apenas uma hiperamonemia sustentada (199 ug/dL). Neste contexto, realizou ecografia e elastrografia abdominais que eram normais, assim como angioTC abdominal, que mostrou um shunt portossistémico tipo II.
Assim, o quadro foi interpretado como encefalopatia hepática e iniciou-se lactulose, rifaximina e albumina, com melhoria progressiva da encefalopatia, que passou de grau IV para grau I. À data da alta, o doente foi referenciado para encerramento cirúrgico do shunt.
Discussão
Embora a prevalência do AVC seja muito elevada, é fundamental pensar em diagnósticos diferenciais, nomeadamente em causas metabólicas, potencialmente reversíveis, sobretudo, quando se verifica uma dissociação clínica-imagiológica.

CO n.º 2502

Doenças pulmonares intersticiais - O inicio do fim...

Carolina Maia Nogueira(1);Maria João Vilela(1);Sara Marques(1);Catarina Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);André Santa Cruz(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPI) resultam de condições heterogéneas que afetam o parênquima pulmonar com graus variáveis de inflamação e fibrose. Têm manifestações clínicas semelhantes a outras doenças pulmonares e um elevado índice de morbimortalidade. Apresentam-se 2 casos clínicos, um de evolução arrastada e outro de evolução fulminante, ambos com desfecho fatal, demonstrando o mau prognóstico desta entidade.
Caso clínico: Sexo feminino, 82 anos. Antecedentes pessoais de Artrite Reumatoide com atingimento pulmonar, Osteoporose e Dislipidemia, medicada com Lepicortinolo, Plaquinol, Lovastatina e Ácido Ibandrónico. Internada por Pneumonia bacteriana bilateral a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica com necessidade de oxigenoterapia por Ventimask, tendo progredido rapidamente nas necessidades de FiO2, escalando para ONAF, alternado com ventilação não invasiva, sempre com altas FiO2. Cumpriu pulsos de corticoterapia seguido de corticoide em dose normal e antibioterapia. Após discussão multidisciplinar iniciou Micofenolato de Mofetil como poupador de corticóide. Apesar destas medidas, manteve queixas de cansaço, dispneia para pequenos esforços, tosse produtiva e necessidade de grande aporte de O2, tendo vindo a falecer após 105 dias de internamento.
Sexo masculino, 63 anos. Antecedentes pessoais de Doença Pulmonar Fibrosante inclassificável de diagnóstico recente em seguimento em consulta de Pneumologia, ex-fumador (36 UMA). Internado por agudização de doença de base com provável infecção respiratória a condicionar insuficiência respiratória hipercápnica, tendo iniciado antibioterapia. Cumpriu pulsos de corticoide. Durante o internamento necessitou de VNI com elevada FiO2, mantendo agravamento clínico e imagiológico, revelando progressão da fibrose e falência respiratória. Observado agravamento progressivo das trocas gasosas e dessaturação refratária a medidas, acabando por falecer ao fim de 16 dias.
Discussão: Estes casos espelham as agudizações de DPI e a dificuldade em distinguir entre exacerbação da doença de base e intercorrência infecciosa. Apresentam habitualmente uma evolução clínica imprevisível e a resposta ao tratamento é precária com desfechos frequentemente fatais.

CO n.º 2520

Síndroma Consuntiva: Mais do mesmo?

Jorge Silva Ferreira(1);Yolanda de sá Pereira(1);Bianca Cristea(1);Paula Alcântara(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças raras

A Histiocitose de células de Langerhans (HCL) corresponde à proliferação clonal de precursores mieloides positivos para CD1a+/CD207+, que leva a infiltração e disfunção de múltiplos órgãos. É uma doença muito rara com uma incidência de 1 a 2 casos : 1 000 000 ao ano, no adulto.
Apresenta-se o caso de um homem de 61 anos, com diagnósticos prévios de hemocromatose hereditária, DM 2 e HTA. Doente em aparente estabilidade clínica até Fev. de 2021, momento em que se instala quadro de astenia, anorexia não seletiva e perda de peso (20 Kg em 3 meses). Sem queixas de outros órgãos ou sistemas. Apresentava-se desnutrido, com adenopatias cervicais e axilares, escleras ictéricas e hepatomegalia. Com Hb 6g/dL, teste de Coombs positivo IgG+ e C3+, esfregaço sem esquizócitos, brb total 2.49mg/dL, sem lesão renal, serologias HIV, VHB, VHC, IGRA negativos, carga viral de CMV 345 UI/mL e de EBV 339 UI/mL. TC corpo mostrou adenopatias supraclaviculares, axilares, mediastínicas e inguinais, nódulo sólido com 12mm e nódulos em vidro despolido no pulmão esquerdo e esplenomegalia. A biópsia de gânglio supraclavicular revelou a presença de células histiocitóides S100+, ciclina D1, CD68+ e mieloperoxidase, fazendo diagnóstico de HCL. Radiografia do esqueleto não revelou presença de lesões.
Evolução em internamento pautada por anemia autoimune de difícil controlo, resistente a corticoterapia e gamaglobulina.
Iniciada QT (vimblastina e PDN) tendo tido alta para Hospital de dia com estabilização da Hb em 8g/dL, permitindo desmame de corticoterapia. Contudo, 4 meses depois, doente viria a ser infetado por Sars.cov-2 desenvolvendo doença grave e falecendo nesse contexto.
A HCL nos adultos apresenta-se após a 4ª década de vida e cerca de 2/3 dos doentes têm envolvimento multisistémico. A raridade, sintomatologia inespecífica e variedade da apresentação clínica em geral levam a atraso no diagnóstico. Salienta-se ainda a associação pouco frequente entre HCL e anemia autoimune.

CO n.º 2531

Carcinoma de Células de Merkel: uma causa rara de adenopatias generalizadas

Marta Lopes(1);Carolina Monteiro(1);Marta Rocha(1);Martim Bastos(1);Ana Catarina Lameiras(1);Mónica Francisco(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O carcinoma de células de Merkel (CCM) é uma neoplasia cutânea rara, mas de incidência crescente. Em 90% dos casos ocorre em doentes caucasianos do sexo masculino. O diagnóstico é estabelecido através de biópsia cutânea, devendo ser realizada igualmente biópsia de gânglio sentinela em todos os doentes, pela elevada prevalência de metastização à distância no momento do diagnóstico.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 87 anos, sem antecedente relevantes, internada por quadro com 3 meses de evolução de astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. Ao exame objectivo apresentava volumosas adenomegálias inguinais direitas e uma lesão no dorso papular com aspecto ulcerado, sangrante e com diâmetro aproximado de 8cm, com cerca de 1 ano de evolução, não investigada e sem diagnóstico estabelecido. Analiticamente à admissão apresentava lesão renal aguda (creatinina 4 mg/dL e ureia 196 mg/dL) e elevação dos parâmetros inflamatórios (proteína c-reactiva 25mg/dL, e velocidade de sedimentação 103 mm/1ªh). A tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica documentou ureterohidronefrose direita condicionada por cálculo obstrutivo e um conglomerado adenopático de localização retroperitoneal lateralmente ao músculo psoas-ilíaco direito, com extensão crânio-caudal de cerca de 23 cm, sem plano de clivagem com o músculo psoas, rim direito e os grandes vasos abdominopélvicos, encarcerando os vasos ilíacos direitos, bem como conglomerados pélvico e inguinal direitos. Por lesão renal pós-renal, foi colocada nefrostomia e instituída antibioterapia com melhoria clínica e analítica. Realizou biópsia (“core biopsy”) do conglomerado inguinal direito e da lesão cutânea, que foram ambas compatíveis com carcinoma das células de Merkel.
Discussão: O caso apresentado demonstra uma causa rara de adenopatias generalizadas a condicionar quadro constitucional, salientando a importância de uma anamnese e exame físico minuciosos, em especial da avaliação e procura de lesões cutâneas suspeitas.

CO n.º 2535
CID crónica o suspeito improvável
Daniela Filipa Sousa Viana(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A coagulação vascular disseminada (CID) está frequentemente associada a entidades como a sépsis, neoplasias, trauma/cirurgia e Eclampsia. A associação entre a associação entre CID crónica e os aneurismas da Aorta é muito rara, ocorrendo em apenas 0,5-0,7 % dos aneurismas aórticos grandes, é ameaçadora de vida, e pode ainda ocorrer após cirurgia de correção.
Homem de 71 anos de idade, autónomo, com antecedentes de hipertensão essencial, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata , aneurisma da aorta com dissecção tipo A em 2013, com reparação cirúrgica. Após a intervenção cirúrgica relatava diversos episódios de hemorragia e hematomas espontâneos de difícil controlo e resolução. Recorre ao SU por lombalgia direita incapacitante, foi assumida contratura muscular e teve alta medicado sintomaticamente. Volta ao SU uma semana depois por agravamento da lombalgia, objectivamente com hematoma lombar extenso, analiticamente com anemia (7,3g/dL) , trombocitopenia (86x10^3/uL), hipofibrinogenemia (77 mg/dL), TP 21,5 seg, INR 1,6; APTT 37,8 seg, D-dimeros >20 µg/mL, o TC abdómem revelou um hematoma intramuscular lombar a` direita, com 16x9x6 cm. Necessitou de suporte transfusional, sendo internado para estabilização clínica. Apresentou boa evolução clínica, com reabsorção do hematoma e controlo da dor. Após revisão da história e exames complementares anteriores foi assumido diagnóstico de CID crónica no contexto do aneurisma da aorta. Após discussão do caso clínico com a Cirurgia Cardiotorácica e tendo em conta o elevado risco cirúrgico associado à reintervenção cirúrgica o doente manteve tratamento conservador, sendo atualmente seguido em consulta de Medicina Interna.
A associação da CID crónica com os aneurismas da aorta caracteriza-se por história longa de distúrbios hemorrágicos, como observado neste paciente. O tratamento curativo é a reparação do aneurisma, contudo os doentes não candidatos podem realizar tratamento conservador com suporte transfusional e hemoderivados.

CO n.º 2539

Hipereosinofilia, hipertrofia parotídea acentuada como apresentação de Leucemia Linfoblástica Aguda

Fernando Lemos(1);Patrícia Araújo(1);Ana Rita Branco(1);Alda Andrade(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Carmélia Rodrigues(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Eosinofilia severa (5x10^9/L) pode surgir em várias situações: parasitose, alergia, doença linfoproliferativa, leucemia mieloide crónica e leucemia eosinofilica crónica. A leucemia linfoblástica aguda de percursores B (LLA-B) com hipereosinofilia é rara e caracteristicamente apresenta-se com ausência de blastos no esfregaço sangue periférico (ESP).
Caso Clínico: Homem 23 anos. Tosse, dispneia de esforço, astenia e mialgias com evolução de 2 semanas. Febre (39ºc) nos últimos 2 dias. Documentada leucocitose com hipereosinofilia (31.1/28.9x10^9/L), neutropenia (0.3 x10^9/L), trombocitopenia (39x10^9/L) e proteína C reativa elevada. Exames de imagem a documentar hepato-esplenomegalia, infiltrados pulmonares em vidro-despolido. Internado sob ceftriaxona com apirexia em D4 internamento, sem isolamentos microbiológicos. Excluídas causas secundárias de eosinofilia e neoplasia sólida. ESP sem alterações de relevo; Mielograma e imunofenotipagem (IFT) iniciais inconclusivos. Aparecimento posterior de hipertrofia parotídea bilateral exuberante, adenopatias submandibulares, mediastínicas e abdominopelvicas, recrudescência da febre e síndrome de lise tumoral com lesão renal aguda e acidemia metabólica. Nova IFT medular revelou blastos (26.2%), com fenótipo sugestivo de LLA-B. Transferido para Hematologia, confirmado diagnóstico de LLA-B com translocação (5;14), iniciou quimioterapia. Progressão da doença com infiltração meníngea e necessidade de quimioterapia intratecal, sem resposta favorável. Má evolução, sendo assumidos cuidados de conforto. Sobrevida de 12 meses.
Conclusão: Adultos com LLA tipicamente apresentam-se com doença aguda, frequentemente com febre, palidez, hemorragias, linfadenopatias, hepato-esplenomegalia e linfoblastos no sangue periférico e medula óssea. Destaca-se a apresentação com hipereosinofilia, tipicamente associada a anomalia citogenética t(5;14) responsável por <1% dos casos de LLA-B e a acentuada hipertrofia parotídea bilateral.

CO n.º 2548

A propósito de uma dorsolombalgia

Andreia Branco Pereira(1);Ana Filipa Silva(1);Dinis Sarmento(1);Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Tatiana Pacheco(1);Teresa de Mendonça(1);Diana Pereira Anjos(1);Filipa Leal(1);Francisco Bento Soares(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Tuberculose (TB) mantém-se como uma das principais causas de morte a nível mundial. A TB pulmonar continua a ser a forma de apresentação mais comum, mas não devemos esquecer que esta patologia pode afetar qualquer órgão ou tecido. A TB osteoarticular corresponde a 10-35% dos casos de tuberculose extrapulmonar. A espondilodiscite tuberculosa, também conhecida por Mal de Pott, corresponde a uma das apresentações mais comuns.
Relata-se o caso de um homem de 31 anos com antecedentes de hipertensão arterial que recorre ao serviço de urgência por dor dorso-lombar com 7 meses de evolução associada a parestesias no membro inferior esquerdo desde há 2 dias. Nega febre, hipersudorese noturna, anorexia, perda ponderal. É realizada TC dorso-lombar que descreve área de densificação de tecidos moles envolvendo a vertente póstero-lateral dos corpos vertebrais e buracos transversos de D8 a D10, condicionando destruição óssea/lesões líticas. Realiza-se biopsia percutânea da coleção paravertebral com saída de produto purulento. Pesquisa de DNA de Mycobacterium tuberculosis complex positiva, exame direito negativo e, passados 42 dias, exame cultural positivo com identificação de Mycobacterium tuberculosis complex sensível a todos os antibacilares de primeira linha. Foi também realizada broncofibroscopia que excluiu atingimento pulmonar.
O doente iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida, Rifampicina, Etambutol e Pirazinamida e foi submetido a desbridamento cirúrgico e fixação vertebral de D4 a D12, dada a destruição óssea existente. Atualmente, sem queixas álgicas e com total recuperação dos défices neurológicos.
Este caso clínico exemplifica a dificuldade diagnóstica associada à TB extrapulmonar e como a elevada suspeição clínica pode ser importante na instituição de terapêutica precoce, de modo a reduzir o risco de mortalidade e de sequelas neurológicas.

CO n.º 2559

Encefalite lúpica e teratoma do ovário: uma associação fortuita?

Marta Sanches(1);Hugo Alves(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Ana Catarina Bravo(1);Rita Costa Chu(1);Beatriz Castro Silva(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Inês Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Sílvia Balhana(1);Paula Peixinho(1);Carla Noronha(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As encefalites auto-imunes incluem um grupo de condições inflamatórias não infeciosas imuno-mediadas com envolvimento cerebral, geralmente paraneoplásicas; o teratoma tem relação frequente com anti-NMDA.
Mulher, 41 anos, melanodérmica, autónoma; apresenta hemiparésia esquerda (24h evolução) e alteração do estado de consciência. Discurso parco nos últimos 3 meses, sensação subjectiva de febre, sudorese nocturna, perda de peso não quantificada, mioartralgias generalizadas, astenia e mal-estar. História de aborto espontâneo (1º trimestre).
Febril; fixava o olhar, sem manter atenção; discurso monossilábico/inconsistente. apagamento do sulco nasogeniano esquerdo; hemiparésia esquerda grau 3/5; automatismos no membro superior direito; reflexo cutâneo-plantar esquerdo indiferente.
EEG: processo encefalopático difuso (grau moderado). Punção lombar compatível com meningite assética. Análises: anemia normocítica normocrómica, sem hemólise (Coombs neg.) ou disfunção renal, VS 114mm/1ªh; hemato-proteinúria, proteinúria de 24h +.
RM-Crânio: múltiplas lesões (hipersinal) periventriculares dispersas. Reavaliação: novas lesões, alguns componentes petequiais com reforço anelar periférico-linfoma-like.
TC TAP: Poliadenopatias 1-2cm laterocervicais (histologia: linfadenite reativa). Massa anexial direita (8,5cm); biópsia: teratoma quístico maduro do ovário.
ANA positivo (1/1280, padrão), anticorpo anti-dsDNA >3200.0UI/ml (também aumentado no líquor), anti-nucleossoma positivo, C3 39mg/dL. Anti-NMDA negativo.
Admitido Lúpus Eritematoso Sistémico (forte componente encefalítico) + teratoma ovárico. Realizou: hidroxicloroquina, pulsos de Metilprednisolona >> Prednisolona, plasmaferese (ponte para excisão laparoscópica de teratoma), ciclofosfamida (Esquema Eurolupus trial) e reabilitação física intensiva, com recuperação cognitiva/motora quase total.
A rápida resposta à excisão do teratoma sugere uma forte relação entre encefalite lúpica e teratoma, até agora não descrito na literatura consultada.

CO n.º 2588

Diabetes insípidus nefrogénico secundário a intoxicação por lítio

Dra. Ana Campos(1);Andreia Lopes(1);Joana Simões(1);Alda Jordão(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O lítio é um psicofármaco usado como 1ª linha na doença bipolar. A sua estreita margem terapêutica (0.6–1.5mEq/L) exige monitorização sérica, porém é comum a sobredosagem por toma aguda ou pelo seu uso crónico, complicado com toxicidade multiorgânica. O lítio pode acumular-se nas células tubulares distais, induzindo incapacidade de concentração da urina, traduzida por diabetes insipidus (DI) nefrogénica.
Caso Clínico: Mulher 61 anos, autónoma, com perturbação bipolar há 30 anos, sob lítio há mais de 20 anos, com monitorização regular. Admitida no serviço de urgência por prostração, fraqueza muscular e lentificação psicomotora. Na avaliação, normotensa, eupneica com SpO2 adequadas, apirética. Sem défices neurológicos focais, orientada, lentificada, discurso provocado e pobre, ataxia apendicular e fraqueza muscular generalizada (3/5 MRC, *Medical Research Council*). Laboratorialmente, lesão renal aguda AKIN II, acidose metabólica, leucocitose (29,9x10^9/L), sem elevação de parâmetros de fase aguda. Sem lesões cerebrovasculares agudas em TC crânio encefálica. Valor supraterapêutico de lítio sérico (2,76mmol/L), sendo iniciada fluidoterapia intensiva e diuréticos. Substituição do lítio por outros psicofármacos, com doseamentos seriados infraterapêuticos a partir do 4º dia de internamento. Do estudo, destaca-se hipernatremia hiperosmolar (Na 164mmol/L, Osm 335mOsmol/kg) e poliúria hipotónica (Na_U 42mmol/L, K_U 21mmol/L, Cl_U 35 mmol/L, $Osmolalidade_U$ 248mOsmol/kg), com diurese >50ml/Kg/24h, ADH (*antidiuretic hormone*) normal, capacidade de concentração urinária <50% após desmopressina. Assumida DI nefrogénica secundária a intoxicação crónica por lítio, após exclusão de causas centrais. Correção de hipernatremia atingindo valores normais (Na 145 mmol/L e Osm 292 mOsml/kg). Alta para centro de reabilitação após treze dias de internamento, com humor eutímico, melhoria da fraqueza muscular (MRC 4+/5) e ataxia apendicular ligeira.
Discussão: Apesar da intoxicação por lítio ser diagnosticada pela elevação da sua concentração sérica, ocorre dissociação entre os níveis séricos e os achados clínicos. Doentes sob lítio crónico podem desenvolver resistência à ADH, por redução dos canais aquaporina-2 (AQP2) das células parietais e redução da transcrição do gene AQP2 pelo lítio.

CO n.º 2605

Tempestade tiroideia, a propósito de um caso clínico

Magda Costa(1);Ana Correia de sá(1);Mariana Formigo(1);Marta Cunha(1);Fernando Esculcas(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A tempestade tiroideia é uma apresentação rara mas potencialmente fatal de tireotoxicose, com repercussão sistémica e mortalidade entre 10 a 30%. Clinicamente caracteriza-se por uma tríade: hipertermia, taquidisrritmia e agitação psico-motora.
Homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, em provável contexto de taquicardiomiopatia, por fibrilação auricular. Suspendeu amiodarona no ano prévio à admissão. Recorreu ao SU por dispneia em agravamento com 5 dias de evolução, com ortopneia e dispneia paroxística noturna. À admissão apresentava TA de 138/85mmHg; FC entre 180 e 200bpm, necessidade de máscara de alto débito para saturações periféricas de 90%, com 40cpm, com evidência de turgescência venosa jugular, crepitações bibasais e edemas periféricos. A ecoscopia documentava compromisso severo da função cardíaca.
Analiticamente sem elevação significativa dos marcadores de necrose miocárdica, PBNP de 2980 pg/mL, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi excluído tromboembolismo pulmonar e documentado derrame pleural bilateral. Desenvolveu taquicardia polimórfica que degenerou em fibrilhação ventricular, com reversão a ritmo sinusal após choque não sincronizado. Pontuava 65 na escala de Wartofsky. Diagnosticado hipertiroidismo, pelo que foi instituída terapêutica com propiltiouracilo, soluto de lugol, colestiramina, corticoterapia e propanolol. Apresentou agitação psicomotora e lesão renal aguda, como principais complicações.
Realizou ecografia tiroideia que descreve uma glândula com dimensões no limite superior do normal, com heterogeneidade difusa do seu parênquima, e uma área vagamente nodular com 2 mm hiperecogénica no lobo esquerdo. Cintigrafia a sugerir compromisso funcional grave, sem evidência de nódulos tóxicos. O doseamento de anticorpos anti-tiroideus foi normal.
Verificou-se recuperação da função cardíaca. Foi necessário substituir o propiltiouracilo por metibasol por neutropenia iatrogénica. Foi orientado para Consulta para seguimento.
Se não identificado, o hipertiroidismo pode desencadear situações ameaçadoras da vida. A suspeição é fundamental para uma implementação precoce das medidas farmacológicas.

CO n.º 2611

HEPATITE AUTOIMUNE INDUZIDA PELO ÁCIDO CLAVULÂNICO

Inês Clara(1);Sofia Bizarro Ponte(1);Inês Furtado(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A Lesão Hepática Induzida por Fármacos (DILI) é uma condição frequentemente associada à exposição a antibióticos. Em raras ocasiões, o ácido clavulânico pode despoletar uma reação autoimune contra os hepatócitos, originando uma Hepatite Autoimune Induzida por Fármacos (DI-AIH). Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos, admitido no hospital por um quadro de icterícia, colúria, acolia e prurido generalizado com três semanas de evolução. Tinha sido tratado com ciclo de amoxicilina e ácido clavulânico para um abcesso dentário nos 15 dias que antecederam o início da clínica. O estudo analítico inicial mostrava um padrão de lesão predominantemente hepatocelular e hiperbilirrubinemia à custa da bilirrubina direta. Foi realizada biópsia hepática que revelou um infiltrado inflamatório e degenerescência dos hepatócitos, compatível com DILI. Apesar da suspensão do fármaco, o doente evoluiu com progressiva citocolestase, verificando-se positividade para anticorpos antinucleares e anti-mitocondriais. Foi admitida hipótese mais provável de DI-AIH induzida pela DILI ao ácido clavulânico. Iniciou neste contexto corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia, com célere melhoria clínica e analítica. A distinção entre estas duas entidades pode ser um desafio na prática clínica, especialmente aquando uma evolução clínica não linear, devendo a DI-AIH ser considerada prontamente no diagnóstico diferencial destes casos de forma a permitir início rápido de terapêutica dirigida.

CO n.º 2621

Encefalopatia de Hashimoto e/ou Neuro-Sjögren

Carolina Soares Lopes(1);Alexandre Vasconcelos(1);Rita Vasconcelos Pereira(1);Francisca Beires(1);Bruno Matos Soares(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Encefalopatia de Hashimoto (EH) cursa com alterações comportamentais, disfunção cognitiva e por vezes psicose ou convulsões, associados ao aumento de anticorpos antitiroideus. Por sua vez, o Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença auto-imune (DAI) caracterizada pela infiltração linfocítica das glândulas exócrinas, com afetação também de outros órgãos e sistemas, nomeadamente o Sistema Nervoso Central.
É frequente a coexistência do SS e das DAIs da tiróide na prática clínica, resultando em manifestações clínicas sobrepostas de expressão heterogênea. Por outro lado, a incidência e diagnóstico de complicações neurológicas de ambas as entidades é bastante menos comum.
Caso clínico: Mulher de 64 anos, autónoma, com dois internamentos em 2017 e 2020 por alterações do comportamento e agitação psicomotora, quadro compatível com Encefalite Auto-Imune/Límbica, associada a tireotoxicose por Tiroidite de Hashimoto. Realizado tratamento com corticoterapia (CCT), imunoglobulinas endovenosas (Ig EV) e metibasol, com recuperação do estado funcional prévio.
Re-inicia em Fevereiro de 2022 quadro clínico semelhante ao já descrito. Repetida investigação etiológica: TC e RMN cerebral sem alterações de relevo, função tiroideia normal e estudo do líquor inocente; excluída etiologia paraneoplásica (TC cervico-toraco-abdomino-pélvico, mamografia, ecografia tiroideia e PET de corpo inteiro); serologias HIV e sífilis negativas; anticorpos antineuronais no soro e líquor negativos. O estudo imune demonstrou ANAs com padrão mosqueado 1:80, Anti-SSA, Anti-TPO e Anti-tireoglobulina positivos. A cintigrafia das glândulas salivares, o teste de Schirmer e a presença de sintomas SICCA levaram ao diagnóstico de SS Primário. Apresentou evolução desfavorável inicial com depressão do estado de consciência mesmo após pulsos de CCT e Ig EV, pelo que iniciou Rituximab, com melhoria clínica progressiva.
Discussão: A ausência de exames complementares de diagnóstico sensíveis e específicos tornam desafiante o diagnóstico de EH e do envolvimento neurológico do SS e salientam a importância de uma suspeição clínica elevada. No caso apresentado, a ausência de resposta à terapêutica efetuada previamente nos dois primeiros episódios sustentam a possibilidade de estarmos perante uma EH e de um Neuro-Sjögren concomitante.

CO n.º 2626
Diabetes mellitus imunorrelacionada
Rosario Blanco(1);Isabel Rodrigues(1)
(1) CHUA Faro

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Os inibidores do checkpoint imunológico (ICI) são anticorpos monoclonais que permitem aumentar a eficiência do sistema imunitário na destruição das células neoplasicas. Nos últimos anos a imunoterapia tem mostrado grande sucesso no tratamento oncológico em comparação com esquemas de quimioterapia clássicos, no entanto o bloqueio de vias inibitórias dos checkpoint imunológicos tem um potencial inerente de autoimunidade. Foram já descritos numerosos eventos adversos autoimunes em contexto de ICI [efeitos adversos imunorrelacionados (EAir)] como a diabetes mellitus (DM) em contexto de ICI.
Caso clínico: Mulher de 84 anos, com antecedentes de carcinoma de células renais, nefrectomizada em 2012, actualmente estadio IV com recidiva documentada em 2019 sob tratamento de segunda linha com Nivolumab em monoterapia desde 2021 que é encaminhada ao Serviço de Urgência por hiperglicemia superior a 800mg/dL em analises de rotina requisitados no Hospital de dia. Na avaliação constata-se cetoacidose diabética com pH de 7.27, HCO3 16.3mmol/L, Anion Gap 18.0mmol/L, glucose 594mg/dL, lactatos 3.0mmol/L pelo que fez correção com fluidoterapia e insulina. Analises posteriores revelaram Peptido C 0.7ng/dL e HbA1c de 7.8%. e função tiroideia sem alterações. Após um breve internamento teve alta orientada para a Unidade de diabetologia.
Discussão: O nivolumab é um ICI, concretamente um Anti-PD-1 (programmed cell death protein 1) e o aparecimento de DM associada ao seu uso cada vez é mais frequente. Actualmente o seu mecanismo fisiopatologico, os factores de risco e o tempo de tratamento até o desenvolvimento do quadro clínico ainda são desconhecidos pelo que a monitorização e a única ferramenta disponível para identificar estes casos precocemente. A salientar que o resultado da HbA1c em alguns casos pode ser normal pelo rápido desenvolvimento da doença. Parece-nos fundamental notificar estes casos e desenvolver estratégias conjuntas entre os Serviços de Oncologia e as Unidades de Diabetologia para o rastreio e seguimento dos doentes sob ICIs.

CO n.º 2627

Leptospirose – uma infeção rastejante

Ana Carina Baldino(1);Patricia Serpa Soares(1);José Vaz(1);Rita Calixto(1);Ana Rita Rocha(1);Mariana Nápoles(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Em Portugal a leptospirose é considerada como doença de declaração obrigatória, sendo mais frequente em determinadas regiões geográficas como Alentejo e Açores. Este caso clínico pretende alertar para a importância do contexto epidemiológico como parte integrante do raciocínio clínico.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 41 anos, trabalhador rural. Doente que recorre ao Serviço de Urgência por febre e calafrios com 1 semana de evolução, associado a dor abdominal, vómitos, perda ponderal, anorexia e fraqueza generalizada. À admissão apresentava pele e mucosas ictéricas, ausência de lesões cutâneas, dor à palpação no epigastro e hipocôndrio direito. Dos exames realizados, destaca-se: trombocitopénia grave, hiperbilirrubinémia à custa da directa e elevação creatinina; ecografia abdominal a demonstrar dilatação ligeira da via biliar principal. Atendendo ao contexto epidemiológico, à síndrome febril indeterminada, com as alterações analíticas e clínicas descritas, a principal hipótese diagnóstica colocada foi a de zoonose. Assim foram pedidas serologias (apenas com positividade para Ac Leptospira IgG e IgM), iniciada terapêutica antibiótica e, uma vez que doente apresentava alguns dos sinais de alerta, optou-se por internamento. Durante a permanência em internamento e sob terapêutica antibiótica, o doente apresentou melhoria clínica.
Discussão: A clínica apresentada poder-se-ia enquadrar numa vasta variedade de patologias infeciosas. Foi o contexto epidemiológico que direcionou o raciocínio para uma possível zoonose e posteriormente as serologias permitiram o diagnóstico final.

CO n.º 2638

Tromboembolismo Pulmonar extenso – o particular caso de um diagnóstico por acaso

Mafalda Neves(1);Beatriz Ribeiro(1);Filipa Ribeiro Lucas(1);Paulo Costa(1);Catarina Forra(1);Rui Parente(1);Pedro Leite Vieira(1);Paula Paiva(1);Alexandre Louro(1);Rui Isidoro(1);João Gabriel(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma forma de tromboembolismo venoso comum e muitas vezes fatal. A apresentação clínica é variável, por vezes inespecífica, tornando o diagnóstico desafiante. Entre os vários fatores de risco identificados, inclui-se a presença de neoplasia ativa. O presente caso descreve o diagnóstico incidental de TEP extenso oculto numa doente com doença oncológica previamente conhecida.
Caso clínico
Mulher, 85 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia, sigmoidectomia por adenocarcinoma do cólon e neoplasia mucinosa papilar intraductal. Admitida no hospital para realização de ecoendoscopia eletiva por epigastralgias e perda ponderal. Durante a realização do exame, visualizada dilatação de cavidades cardíacas direitas e presença de trombo móvel de grandes dimensões na aurícula direita (AD). À admissão no Serviço de Urgência, apresentava-se normotensa, normocárdica, eupneica em ar ambiente, sem edemas periféricos ou sinais de trombose venosa profunda. O estudo complementar mostrou NT-proBNP elevado (8693 pg/mL), troponina I normal e ECG sem alterações de novo. A angio-TC de tórax confirmou TEP bilateral extenso. Após fibrinólise com alteplase, que decorreu sem intercorrências, a “ecoscopia” confirmou dissolução do trombo da AD.
Durante o internamento, o ecodoppler dos membros inferiores mostrou trombo na veia femoral comum e superficial direitas e a TC toraco-abdomino-pélvica revelou vários nódulos pulmonares e lesões hepáticas sugestivas de metástases. O ecocardiograma transtorácico (EcoTT) ao 20º dia de internamento evidenciou disfunção de cavidades direitas e estrutura móvel no interior da AD, levantando a hipótese de uma malformação auricular (Válvula de Eustáquio ou Rede de Chiari, remanescentes embrionário e congénito da válvula direita do seio venoso, respetivamente.).
Discussão
O EcoTT tem papel fundamental nos doentes com TEP: no diagnóstico, na monitorização da eficácia da fibrinólise e na avaliação a longo prazo de disfunção cardíaca direita. Neste caso, em tudo raro, a visualização de estrutura móvel intra-auricular levanta a hipótese de variante anatómica que pode adquirir papel potenciador (como local de estase propenso à formação de trombos) ou protetor (enquanto estrutura de retenção de trombos, evitando eventos maciços).

CO n.º 2640

Dissecção da Aorta, apresentação atípica

Daniela Filipa Sousa Viana(1);Barbara Costa(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

A abordagem do coma é um desafio diagnóstico, principalmente quando a alteração do estado de consciência não é presenciada, dado as múltiplas etiologia possíveis e a não colaboração do doente na colheita da história clínica.
Mulher de 53 anos de idade, autónoma. Antecedentes de hipertensão essencial, perturbação esquizoafetiva e intoxicação medicamentosa voluntária. Foi encontrada pelo marido com discurso incompreensível, apresentando afundamento rápido da consciência. À chegada da Vmer com escala de coma de Glasgow de 3 e pupilas mióticas, sem resposta ao flumazenil e naloxona. No serviço de urgência encontrava-se hemodinamicamente estável e foi submetida a entubação orotraqueal (EOT) para proteção da via aérea. Realizou AngioTC cerebral que se apresentou sem alterações tal como o estudo analítico. Após discussão com neurorradiologia opta-se por realizar trombólise. É admitida ao serviço de medicina intensiva (SMI) para continuação de cuidados, inicialmente sem necessidade de sedoanalgesia para tolerar a EOT. Foi colocada a hipótese diagnóstica mais provável de acidente vascular cerebral isquémico ou intoxicação por tóxicos não doseáveis (paliperidona e topiramato). Realiza ressonância magnética cerebral que não apresentava alterações. No segundo dia de internamento começa a recuperar o estado de consciência, com agitação que necessitou de sedoanalgia para controlo. Evolui favoravelmente, sendo extubada em dia 3 de internamento e com alta do SMI ao 5 dia de internamento, com recuperação da autonomia. Após revisão da história clínica decidimos complementar o estudo com AngioTC tórax para exclusão de eventos cardiovasculares. AngioTC Tórax revela “dissecção da aorta tipo A, com origem logo na raiz da aorta e extensão até às artérias ilíacas comuns”, sendo transferida para a cirurgia cardiotorácica para intervenção cirúrgica emergente.
A dissecção da aorta apesar de relativamente incomum, está frequentemente associada ao óbito, mesmo antes da admissão hospitalar, o sintoma mais frequente é a dor torácica, mas um terço dos doentes tem outras apresentações que podem ser muito heterogéneas. Este caso enaltece a necessidade da discussão de diagnósticos diferencias permitindo um exímio estudo etiológico.

CO n.º 2670

Nefropatia membranosa associada a neoplasia: uma associação a não esquecer

José Coelho Ribeiro(1);Sofia Silva(1);Sara Dias(1);Teresa Santos(1);Cristina Rosário(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças renais

Introdução
A nefropatia membranosa (NM) é a glomerulopatia mais frequentemente associada a neoplasias sólidas. Apesar de ser uma associação reconhecida, a filiação da NM a uma neoplasia pode ser difícil, já que apenas 50% dos doentes têm sintomas relacionados com a neoplasia no momento da biópsia renal e o diagnóstico da glomerulopatia antecede o da neoplasia em 20% dos casos (tempo mediano até ao diagnóstico da neoplasia ronda os 60 meses em algumas séries de casos).
Caso Clínico
Homem de 63 anos com história de factores de risco cardiovascular e síndrome antifosfolipídico, internado para estudo de lesão renal rapidamente progressiva e proteinúria nefrótica documentadas em análises de rotina. Foram prontamente excluídas causas de lesão pré- e pós-renal e iniciado um despiste de causas de lesão renal intrínseca com proteinúria nefrótica. Dado a idade e os antecedentes do doente, levantaram-se como principais hipóteses diagnósticas NM, glomerulosclerose segmentar focal, amiloidose e nefropatia do síndrome antifosfolipídico. Neste contexto, realizou biópsia renal que revelou uma NM, com estudo subsequente a excluir etiologias primária e secundária infeciosa, tóxica e auto-imune para a mesma. Apesar dos rastreios oncológicos actualizados, foi decidido alargar o estudo de causa neoplásica para a NM, o qual revelou um adenocarcinoma primário do pulmão.
Discussão
Com o presente caso pretende-se relembrar que a documentação da NM secundária neoplásica antecede, numa percentagem não desprezível dos casos, o diagnóstico da neoplasia e, com isto, salientar a importância de se proceder a uma procura activa de neoplasia na marcha diagnóstica da NM. Esta procura pode implicar a extensão do workup diagnóstico para lá dos rastreios oncológicos preconizados para o sexo e idade do doente e mesmo a manutenção de um seguimento regular por vários anos nos doentes sem neoplasia diagnosticada e que não apresentam etiologia alternativa para a NM.

CO n.º 2697

Síndrome de Horner, da suspeição à confirmação diagnóstica e orientação terapêutica.

Magda Costa(1);Ana Correia de sá(1);Filipe Gonçalves(1);Fernando Esculcas(1);Helena Sarmento(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Síndrome de Horner tem como causa uma lesão em qualquer nível da via oculosimpática, quer na região cefálica, cervical ou ocular. Em 43% dos casos a lesão é pós-ganglionar.
Homem de 53 anos, com antecedentes de cervicobraquialgias, recorreu ao serviço de urgência por cefaleia fronto-temporal e dor ocular direita com uma semana de evolução e apresentação de novo de ptose à direita. À avaliação identificada miose, ptose unilateral de 2 mm e dilatação pupilar lentificada ipsilateral, sem sinais inflamatórios, alteração da acuidade visual ou outros défices neurológicos. Analiticamente sem alterações de relevo e angio TC CE e vasos supraórticos sem alterações. Internado por suspeita de Síndrome de Horner para estudo etiológico. Realizou ainda TC torácica que excluiu tumor de pancoast. Realizou TC da órbita que revelou discreta hipertrofia da gordura intra-orbitária e discreto espessamento dos tecidos moles periorbitários à direita. Inicialmente equacionada etiologia compressiva cervical, tendo realizado RM da coluna cervical que excluiu compressão. Realizado teste confirmatório com apraclonidina, que após 10 dias se revelou positivo com reversão da anisocoria e resolução ptose e ptose reversa, confirmando a hipótese diagnóstica. Realizou RM CE e vasos supraórticos que revelou presença de um hematoma mural no segmento cervical da artéria carótida interna direita, consistente com dissecção. Após revisão da literatura, foi discutido e ponderado o benefício de hipocoagulação versus anti-agregação (simples ou dupla). Foi decidido, dada ausência de evidência clínica e imagiológica de evento isquémico, apresentando o doente apenas sintomas locais (nomeadamente cefaleia temporal e síndrome de horner), instituir-se antiagregação simples com ácido acetilsalicílico 150mg.
Aos 3 meses foi feita re-avaliação imagiológica com angio-RMN CE e vasos do pescoço, com reabsorção completa do hematoma e resolução da sintomatologia.
Apesar de apresentar angioTC CE e vasos do pescoço normal, foi importante a forte suspeita de síndrome de horner, corroborada apenas ao 10ºdia pelo teste da apraclonidina, na investigação etiológica. A ponderação de uma abordagem mais conservadora, neste caso concreto a anti-agregação simples, permitiu não só a resolução da disseção como minimizar a iatrogenia inerente ao tratamento.

CO n.º 2699

Parvovírus e “a foice” - uma conjugação de risco

Nuno Pardal(1);Ana Raquel Afonso(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A anemia falciforme caracteriza-se por eritrócitos em forma de foice com maior fragilidade, causando anemia hemolítica não-imune crónica bem como crises dolorosas e lesões de órgão por fenómenos vaso-oclusivos. As infecções por ParvovírusB19 são o fator desencadeante mais frequente de crises aplásicas nesta patologia.
CASO CLÍNICO: Sexo feminino de 25 anos, natural de São Tomé e com antecedentes de anemia falciforme, recorre ao SU por dor abdominal associada a diarreia e vómitos 3 dias após viagem a São Tomé. Foi medicada sintomaticamente mas regressou ao SU por manutenção de queixas; apresentava agravamento de anemia com microcitose e normocromia, trombocitopenia moderada, células em alvo no esfregaço de sangue periférico, elevação de PCR, hiperbilirrubinemia à custa da indireta, elevação de LDH, haptoglobina indoseável e teste de Coombs negativo. Eletroforese de hemoglobinas compatível com doença falciforme S-Beta talassemia. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia e hematoma sub-capsular do baço. Inicialmente interpretado como crise falciforme com sequestro esplénico em contexto de gastroenterite aguda e medicada com ceftriaxone. Excluídas doenças tropicais, nomeadamente malária e febre tifóide. Necessidade transfusional por hemólise. Iniciou febre e, na procura de outro foco, detetada consolidação e vidro despolido na totalidade do lobo inferior esquerdo em TC torax, cumprindo critérios para síndrome torácica agudo associando-se azitromicina e cinesiterapia com evolução favorável. A posteriori detectada infecção aguda por Parvovírus B19, que terá desencadeado o quadro com componente de crise aplásica com reticulócitos baixos a contribuir para a anemia.
DISCUSSÃO: Apresenta-se o caso como alerta para a valorização de uma patologia com manifestações potencialmente letais onde é fundamental a suspeição clínica e o diagnóstico precoce. Salienta-se que crises dolorosas aparentemente benignas podem preceder complicações severas e rapidamente fatais.

CO n.º 2724

Toxocara canis: a propósito de um caso com manifestações raras

Ana Rita Pedroso(1);Patrícia da Cunha Brito(1);Marina Alves(1);Rita Gonçalves Pinto(1);Inês Manuel Gonçalves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A toxocaríase é uma parasitose causada por nemaltemintos, dos quais se destaca a Toxocara canis, que possui como hospedeiro o cão doméstico. A prevalência estimada de seropositividade a nível global é de cerca de 19%.
Clinicamente, pode ter duas formas, a visceral e a ocular. O envolvimento cardíaco é raro, mas potencialmente fatal.
O diagnóstico é confirmado através serologias positivas, associadas a clínica compatível, não se devendo pedir a pesquisa nas fezes, uma vez que este parasita não completa o seu ciclo no trato gastrointestinal humano.

Caso Clínico:
Mulher de 50, sem antecedentes de relevo e com animais domésticos.
Referenciada dos Cuidados de Saúde Primários por derrame pericárdico sintomático (desconforto retrosternal) com um ano de evolução, diagnosticado inicialmente em tomografia computorizada torácica que revelava “discreto espessamento da pleura marginal inferior esquerda e alterações fibróticas na base pulmonar...e derrame pericárdico”. Negava sintomas B, mas referiu que na altura da realização deste exame teria alterações cutâneas que interpretou como uma possível alergia e que acabou por regredir espontaneamente. Associadamente referia tosse e dor em ambos os calcâneos com um mês de evolução.
Trazia do exterior um estudo analítico com autoimunidade e serologias víricas negativas.
Ao exame físico, sem alterações relevantes, nomeadamente, sem hepatomegalia e/ou esplenomegalia, adenopatias palpáveis ou alterações cutâneas.
Da investigação realizada em consulta, destaca-se uma eosinofilia persistente, positividade para IgM anti-Toxocara canis e um ecocardiograma com “derrame pericárdico circunferencial de médio volume”.
Cumpriu tratamento com albendazole e prednisolona orais, com resolução das queixas e normalização das alterações analíticas.

Discussão:
A toxocaríase é, geralmente, auto-limitada, benigna e está associada a um bom prognóstico.
A prevenção passa pelo cumprimento de uma higiene adequada e pela desparasitação dos animais domésticos.

CO n.º 2732

ARCOBACTER BUTZLERI: NEUTROPENIA FEBRIL POR ARCOBACTER BUTZLERI - UM DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO RARO

Cláudia Maciel Perez(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiuza m Rua(1);Amanda Hirschfeld(1);Sérgio Cabaço(1);André Valente(1);Ana Margarida Serrano(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças raras

Introdução: O género Arcobacter tornou-se cada vez mais relevante nos últimos anos, devido às suas possíveis propriedades patogénicas. A. butzleri tem sido isolado em amostras de fezes de pacientes com sintomas gastrointestinais, principalmente diarreia. Foi incluí´do na lista de microrganismos considerados um perigo grave para a sau´de humana, pela Comissa~o Internacional de Especificac¸o~es Microbiolo´gicas para Alimentos. A relevância de adicionar o nosso caso à literatura está na descrição de neutropénia febril por A. butzleri em um paciente com adenocarcinoma da próstata.
Caso clínico: Homem de 70 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata sob quimioterapia, internado por quadro de diarreia e febre. Apresentava 2 dejeções liquidas por dia sem sangue, muco ou pus. Negava dor abdominal, náuseas ou vómitos. Negava viagens recentes, alteração dos hábitos alimentares ou outro contexto epidemiológico relevante. Analiticamente apresentava Hb 9.1 g/dL, Leucócitos 350 /L, Neutrófilos 50 /L, Plaquetas 117000 /L, PCR 49.8 mg/L. Sem alterações da função renal, iónicas ou da enzimologia hepática. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactan, que manteve durante 7 dias. Isolou-se na coprocultura Arcobacter butzleri, com hemoculturas negativas.
Após a alta o doente manteve-se assintomático, com melhoria analítica: Leucócitos 4190 /L, Neutrófilos 2590 /L, Plaquetas 248000 /L, PCR 8.8 mg/L.
Discussão: este caso descreve uma neutropenia febril por Arcobacter butzleri, não sendo um patogénio reconhecidamente comum no nosso Pais, reforçando-se assim a importância de colheita de culturas principalmente em doentes inmunossuprimidos.

CO n.º 2735

Doença das aglutininas frias em contexto de pneumonia nosocomial

Teresa Valido(1);Mário Ferreira(1);Carolina Chumbo(1);Maria Clara Matos(1);Teresa Cruz(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças hematológicas

A doença das aglutininas frias é uma causa rara de anemia hemolítica, com incidência de aproximadamente 1 em cada 1.8 milhões e prevalência 13-16 casos por milhão de habitantes, sendo quatro vezes menos comum em países com climas quentes. Caracteriza-se pela hemólise extravascular mediada por complemento e pode ser primária (idiopática) ou secundária (relacionada com doença linfoproliferativa, autoimune ou infecciosa).
Apresentamos o caso de um homem de 71 anos internado por acidente vascular cerebral isquémico, com internamento complicado por infeção SARS-CoV2 nosocomial grave com necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. Durante a permanência na unidade de cuidados intensivos apresentou hemorragia digestiva alta, com repercussão hemodinâmica e hematológica, sendo que a endoscopia digestiva alta revelou úlcera gástrica forrest III e pesquisa Helicobacter pylori positiva. Já na unidade de cuidados intermédios desenvolveu pneumonia nosocomial, sem isolamento de agente. Nesta fase foi verificada nova queda de hemoglobina (3g/dL em 24 horas), com macrocitose de novo (VGM 100fL, HGM 44pg), aglutinação de eritrócitos com a amostra a frio, hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 1.52mg/dL) e elevação da lactado desidrogenase (362U/L), sem perdas hemáticas visíveis e sem instabilidade hemodinâmica, tendo ainda sido excluída imagiologicamente hemorragia intra-abdominal. Apesar de não haver consumo de haptoglobina (226 mg/dL), atendendo à suspeita de anemia hemolítica imunomediada, foi pedido teste de coombs indireto que foi positivo, e o teste direto poliespecífico, IgM e C3d positivo. Foi assumido o diagnóstico de doença das aglutininas frias em provável relação com a infeção respiratória nosocomial, não se podendo excluir relação com a infeção recente por SARS-CoV2.
A partir de uma anemia grave de instalação súbita, este caso retrata uma forma rara mas clinicamente relevante de anemia hemolítica imunomediada.

CO n.º 2747

Síndrome de Brown-Séquard – acerca de um caso clínico

Marta Dalila Martins(1);Francisco Pombo(1);Fátima Costa(1);Teresa Fonseca(1);Inês Ferreira(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Síndrome de Brown-Séquard (SBS) resulta de uma lesão medular incompleta, e traduz-se por paralisia e fraqueza do lado da lesão, associada a perda da sensação de dor e temperatura do lado contra- lateral. As causas traumáticas são as mais frequentes, e resultam de ferimentos por armas de fogo, esfaqueamentos ou acidentes de viação. As causas não traumáticas são raras, e incluem as tumorais, infeciosas e vasculares, hemorrágicas ou isquémicas.
Mulher, 59 anos com artrite reumatoide com atingimento articular grave. hiperparatiroidismo pós tiroidectomia e tromboses venosas profundas de repetição. Medicada com metotrexato, metilprednisolona e antagonista da vitamina K. Admitida por início súbito de omalgia, cervicalgia e défice motor superior esquerdos, associados a défice sensitivo contralateral. Do estudo realizado de realçar INR em nível terapêutico, sem disfunção tiroideia, serologias víricas não reativas e sem défices vitamínicos. A Angio TC-CE excluiu lesão isquémica ou hemorrágica aguda, oclusão de grande vaso intra ou extracreaneano, disseção carotídea ou vertebral. A TC cervical revelou uma componente de densidade tecidular intracanalar aparentemente epidural póstero-lateral esquerdo de C2 a C5, com significativo efeito de massa, comprimindo a vertente posterior da medula. A ressonância magnética da coluna cervical confirmou a existência de um hematoma endocanalar, em desfavor da hipótese de lesão neoformativa ou infeciosa, condicionando compressão medular com hipersinal em T2 de C2 a C4, sugerindo mielopatia. A doente foi submetida a remoção do hematoma l por laminectomia C3-C5 sem intercorrências. Iniciou reabilitação motora com melhoria neurológica progressiva.
O prognostico do SBS depende da causa e extensão da lesão medular, que, por ser incompleta, tem um alto potencial de recuperação. Neste caso raro de etiologia não traumática vascular hemorrágica espontânea, o diagnostico célere e o tratamento atempado foram de grande importância para a reabilitação funcional.

CO n.º 2787
TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS: INCIDENTALOMA OU SÍNDROME CLÍNICA?

Dra. Ana Mafalda Abrantes(1);Carolina Peixe(1);Ana Luísa Barbosa(1);Fábia Cerqueira(1);Raquel Diogo(1);Ana Furão Rodrigues(1);Ivânia Soares(1);Francisco Faustino(1);Pedro Marques(1);António Pais de Lacerda(1);Francisco Cunha(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
Os tumores neuroendócrinos do pâncreas são raros, apresentando incidência ≤1 caso/10000 indivíduos e correspondendo a 1-2% da totalidade dos tumores pancreáticos. Os tumores neuroendócrinos não funcionantes podem ser detectados em contexto incidental. Distinguem-se dos funcionantes por não apresentarem expressão hormonal em quantidade suficiente para gerar síndrome clínica.
Caso Clínico:
Homem de 66 anos, antecedentes de hipertensão arterial de difícil controlo. Possui, em consulta de rotina, angio-TC abdómen realizada para exclusão de hipertensão renovascular com "Nódulo na cauda pancreática, 18x14mm, com captação heterogénea de contraste", confirmado após realização de RM "imagem nodular na cauda pancreática hipervascular enquadrável em tumor neuroendócrino ou baço intrapancreático". Apresenta-se assintomático, negando rash cutâneo, dispneia, diarreia, dor abdominal, hipoglicémia, aumento ponderal, alterações do humor, hirsutismo, disfunção eréctil. Fenótipo incaracterístico. Realizada PET-DOTANOC que revela "imagem nodular na cauda pancreática com expressão aumentada dos receptores de somatostatina compatível com tumor neuroendócrino. Incipiente infiltração focal da mesma natureza a nível justapancreático". Laboratorialmente a destacar vasopéptido intestinal (VIP) 104.2pmol/L, glucagina 74pmol/L, enolase 19.5ug/L. Restante estudo etiológico sem alterações. Assumido diagnóstico de tumor neuroendócrino não funcionante.
Discussão:
O presente caso ilustra uma entidade raramente descrita na literatura, cuja sintomatologia surge geralmente numa fase tardia da doença, por compressão local ou doença metastática. Existe algum benefício no doseamento hormonal pois pode ocorrer atividade subclínica, como retratado. No entanto, tais doseamentos nem sempre se encontram disponíveis em contexto hospitalar e não devem ser realizados por rotina.

CO n.º 2788

Miosite piogénica - apresentação fulminante no doente imunodeprimido

Dr. João Luis Miranda(1);Beatriz Bessa(1);Raquel Torres(1);Jorge Bernardo Reis(1);Filipe Breda(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A miosite piogénica é uma infeção do músculo esquelético com formação de abcessos; habitualmente surge por disseminação hematogénea e mais de 90% dos casos são causados por Staphylococcus aureus. É classicamente uma infeção de zonas tropicais, mas a incidência em climas temperados tem aumentado, especialmente em doentes imunodeprimidos. O presente caso mostra a apresentação exuberante de uma polimiosite piogénica.

Caso clínico
Homem de 40 anos, diagnosticado com linfoma de Burkitt a cumprir quimioterapia, recorre ao SU por mialgias dos membros inferiores, febre e astenia marcada. Objetivamente taquicardico e hipotenso, aspeto macilento e dor à mobilização dos membros, com sinais inflamatórios no membro superior esquerdo. Analiticamente com pancitopenia (neutropenia grave) e elevação marcada de parâmetros inflamatórios, sem outras alterações de relevo. Colheu rastreio séptico com hemoculturas e iniciou fluidoterapia e antibioterapia empírica com Piperacilina+Tazobactam e Vancomicina. Assumido choque séptico com ponto de partida cutâneo, tendo sido admitido nos cuidados intensivos com disfunção multiorgânica. Ao 3º dia de internamento, isolado Staphylococcus aureus meticilino-sensível nas hemoculturas, tendo sido alterada a antibioterapia para flucloxacilina. Fez TC dos membros inferiores que mostrou inúmeros abcessos intramusculares de grandes dimensões dispersos por praticamente todos os grupos musculares. Por esse motivo fez TC dos restantes segmentos, identificando abcessos intramusculares nos membros superiores e psoas direito. Realizada tentativa de drenagem por Radiologia de Intervenção sem sucesso, foi submetido a drenagem cirúrgica dos abcessos de maiores dimensões. Apresentou evolução favorável sob antibioterapia com redução paulatina das lesões, tendo tido alta ao 77º dia de internamento sob antibioterapia com cotrimoxazol (cumprindo um total de 5 meses de antibioterapia dirigida). Em consulta de seguimento repetiu a TC dos membros, que mostrou resolução completa das lesões.

Discussão
A miosite piogénica é uma entidade rara que acarreta morbilidade e cujo tratamento assenta na antibioterapia dirigida, podendo prolongar-se por vários meses. O controlo de foco com drenagem percutânea ou cirúrgica das maiores lesões é fundamental.

CO n.º 2814

Neuropatia ótica isquémica anterior arterítica após vacinação contra a COVID-19

Jéni Quintal(1);Ana Rita Piteira(1);Filipa Carrega(1);Diana Pedreira(1);Manuela Fera(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Arterite de Células Gigantes é uma vasculite sistémica inflamatória idiopática que envolve artérias de médio e grande calibre, afetando sobretudo as artérias temporais. É uma patologia mais frequente após os 50 anos de idade e inclui um largo espectro de manifestações. Caso não seja tratada atempadamente, uma das complicações mais temidas é a perda de visão por neuropatia ótica isquémica.
Caso clínico: Homem, 82 anos, autónomo nas atividades de vida diárias. Antecedentes pessoais de depressão. Recorre ao serviço de urgência por quadro de cefaleia fronto-temporal esquerda, dor ocular e diminuição quase total da acuidade visual ipsilaterais com 1 mês de evolução. Início da sintomatologia 2 dias após 1ª toma da vacina Vaxzevria® (AstraZeneca®) contra a COVID-19, com extensão de sintomatologia similar ao olho direito nas últimas 2 semanas. Quando questionado, refere também astenia, perda ponderal e história de claudicação mandibular com dor associada. À admissão apresentava-se normotenso e normocárdico, sub-febril. Sem défices neurológicos focais. Sem oftalmoparésias extrínsecas. Midríase bilateral, com defeito pupilar aferente relativo esquerdo. Fundoscopia com edema bilateral da papila. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hb 12.1), proteína C reativa e velocidade de sedimentação aumentadas (9.80mg/dL e 125 mm/1h, respetivamente). Tomografia computorizada (TC) com angio-TC crânio-encefálica sem alterações de relevo. Assumiu-se neuropatia ótica isquémica anterior arterítica (NOIA) no contexto de provável arterite de células gigantes, e iniciou-se tratamento com metilprednisolona 1gr/dia. Verificada resolução total de cefaleia, porém sem recuperação da acuidade visual durante o internamento.
Discussão: Os efeitos laterais das vacinas contra a COVID-19 são diversificados, a sua patogenia ainda pouco clara e o seu diagnóstico verdadeiramente desafiante. No que concerne à neuropatia ótica após vacinação, existem ainda poucos casos de NOIA descritos na literatura. Com este caso clínico, os autores alertam para a necessidade de ter em conta possíveis complicações vasculíticas desta vacina, que, apesar de raras, poderão ter graves implicações prognósticas.

COMUNICAÇÕES ORAIS

casuística
investigação

INDÍCE DE COMUNICAÇÕES ORAIS | CASUÍSTICA / INVESTIGAÇÃO

CO n.º 0011 Barotrauma no doente COVID-19 sob Ventilação Não Invasiva

CO n.º 0022 Quality of life impact of COVID infection at 3-,6- and 12-months' time points

CO n.º 0135 Fatores preditores de outcomes clínicos em doentes com Diabetes mellitus – análise retrospetiva

CO n.º 0137 Prevalência e abordagem do delirium em doentes de cuidados paliativos em internamento e no domicílio

CO n.º 0150 Fatores de risco associados a reinternamentos por Insuficiência Cardíaca descompensada

CO n.º 0162 Avaliação da prescrição de terapêutica farmacológica pelos critérios STOPP/START

CO n.º 0167 Candidémia a nível hospitalar – estudo de coorte

CO n.º 0189 Tuberculose Meníngea - uma revisão

CO n.º 0201 Aplicação de um protocolo de biópsia de glândulas salivares de lábio num serviço de Medicina Interna

CO n.º 0212 FATORES PREDITORES DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO RENAL AGUDA NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

CO n.º 0213 Tratamento da Hepatite C na população reclusa num estabelecimento prisional de alta segurança.

CO n.º 0214 O que a dor esconde: necessidade de internamento e estudo.

CO n.º 0216 Mid-term quality of life in critically-ill SARS-CoV-2 infected patients

CO n.º 0249 Adequação da anticoagulação profilática no doente médico

CO n.º 0265 A trombectomia endovascular como fator diferenciador na manutenção da empregabilidade

CO n.º 0267 Síndrome de QT longo adquirido: Foco no Serviço de Urgência

CO n.º 0333 Efeito protector da vacinação contra SARS-Cov2 nos doentes com COVID19 admitidos numa UCI portuguesa

CO n.º 0365 Derrame pericárdico no internamento – Casuística de 2020

CO n.º 0395 Internamento por IC FEVE reduzida: momento chave para iniciar/otimizar os 4 pilares de tratamento

CO n.º 0411 Internamentos prolongados em enfermaria de Medicina Interna

CO n.º 0437 Prevalência e tratamento das hiperglicemias num Serviço de Medicina Interna

CO n.º 0441 Risco de reinternamento em idosos internados num serviço de Medicina Interna

CO n.º 0456 Nível de ruído numa enfermaria de medicina e cirurgia – estudo prospetivo

CO n.º 0532 Internamentos sociais – uma problemática emergente

CO n.º 0613 Um ano de uma enfermaria COVID num hospital distrital

CO n.º 0642 Disfunção erétil, uma complicação microvascular precoce em adultos com diabetes mellitus tipo 1

CO n.º 0658 Dislipidemia e síndrome metabólica em pessoas que vivem com VIH, uma caraterização epidemiológica

CO n.º 0687 Helicobacter Pylori e o impacto do Vírus da Imunodeficiência Humana na inflamação gástrica

CO n.º 0699 Rastreio de Diabetes e Pré-Diabetes em Doentes Hospitalizados num Serviço de Medicina Interna

CO n.º 0722 A eficácia da descolonização de Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

CO n.º 0745 Polineuropatia simétrica distal: a importância do rastreio do pé diabético

CO n.º 0760 Últimos dias de vida em contexto hospitalar – a realidade de uma Unidade de Cuidados Intermédios

CO n.º 0782 O papel do internista no acompanhamento ambulatório ("outpatient clinic") de doentes oncológicos

CO n.º 0785 Síndrome febril indeterminada (SFI): um estudo de coorte retrospetivo português

CO n.º 0796 PROCIMI - PROjeto de partilha de cuidados de doentes Cirúrgicos com a Medicina Interna

CO n.º 0835 Será o estudo de neoplasias benéfico nos doentes com tromboembolismo venoso? - análise retrospetiva

CO n.º 0844 Parotidite aguda – apresentação, abordagem e prognóstico dos doentes internados

CO n.º 0867 Coagulação intravascular disseminada em doente com infeção por SARS-CoV2

CO n.º 0890 3 and 6-month psychiatric outcomes in critically ill SARS-CoV-2 survivors: a prospective study

CO n.º 0955 Infeção a Clostridioides difficile - Identificação de fatores preditores de mortalidade

CO n.º 0969 Identificação de necessidades paliativas num serviço de Medicina Interna em Portugal

CO n.º 1037 Relação entre fragilidade, comorbilidade, autonomia funcional e prognóstico em idosos internados

CO n.º 1092 Risco vascular no doente VIH de idade avançada – casuística de um hospital terciário

CO n.º 1113 Avaliação das medidas de profilaxia do tromboembolismo venoso – Um estudo transversal

CO n.º 1141 Rastreio de ferropenia em doentes internados com insuficiência cardíaca

CO n.º 1143 Hipertensão e Doença Renal Crónica: Casuística de uma consulta

CO n.º 1177 LONG COVID – Haverá relação entre gravidade da infecção aguda e síndrome LONG COVID

CO n.º 1200 A prevalência da obstipação no internamento de Medicina Interna.

CO n.º 1202 Retrato da insuficiência cardíaca num dia de internamento num hospital distrital

CO n.º 1303 A Pele e a Medicina Interna, Experiência de um Serviço

CO n.º 1313 Esclerose Sistémica num doente com Distrofia Muscular

CO n.º 1327 Instituímos corretamente a antibioterapia nas infeções do trato urinário? - casuísta de um serviço

CO n.º 1342 ASSOCIAÇÃO ENTRE SARCOPENIA E A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CO n.º 1346 Determinação do antigénio do core do VHC como alternativa à determinação da carga viral

CO n.º 1362 Ganhos em saúde nos doentes crónicos complexos integrados numa equipa dedicada

CO n.º 1370 CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

CO n.º 1395 Fazer melhor em tempos limite: a experiência de uma UCIM durante um ano pandémico

CO n.º 1414 Rácio neutrófilo-linfócito na infeção a Clostridioides difficile: qual o seu papel?

CO n.º 1435 Doente idoso numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital terciário

CO n.º 1461 Estudo de coorte observacional de envolvimento pericárdico em pacientes com infecção por SARS-COV-2

CO n.º 1488 Envolvimento renal por Amiloidose AA: 25 anos de experiência num Centro Hospitalar Terciário

CO n.º 1577 Rácio Plaquetas-Linfócitos (PLR) como preditor de outcome na hipertensão arterial primária.

CO n.º 1629 Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada, impacto dos novos critérios de diagnóstico

CO n.º 1633 Atividade de uma Unidade de Medicina de Ambulatório – uma alternativa na gestão do doente agudo

CO n.º 1640 Carboximaltose Férrica e a sua Aplicação na Prática Clínica

CO n.º 1645 Abordagem do doente com limitação de suporte invasivo de órgão numa unidade de cuidados intermédios

CO n.º 1661 Avaliação do impacto da pandemia COVID-19 na mortalidade de um serviço de Medicina Interna

CO n.º 1679 Gestão do doente urgente: articulação dos Cuidados de Saúde Primários com o Hospital

CO n.º 1719 Endocardite Infeciosa – Casuística de 12 anos num Serviço de Medicina

CO n.º 1740 "CLÍNICA DO ANTIBIÓTICO" – QUANDO O AMBULATÓRIO É A MELHOR OPÇÃO

CO n.º 1749 Síndrome de Guillain-Barré e variante Miller Fisher – revisão casuística

CO n.º 1803 Lar, amargo lar - transferência para ambiente hospitalar em contexto de hospitalização domiciliária

CO n.º 1846 Ainda se justifica pesquisar causas analíticas "tratáveis" de demência ?

CO n.º 1847 Lesão renal aguda no doente cirrótico: risco de morte em doentes internados em Medicina Interna

CO n.º 1852 Impacto indireto da Pandemia a COVID-19 nos doentes admitidos por Insuficiência Cardíaca Aguda

CO n.º 1863 Prevalence and Risk Factors for Long COVID-19: Longitudinal Analysis after Hospital Discharge

CO n.º 1867 Taxa de mortalidade por SARS-CoV2 e o estado vacinal de doentes internados num hospital português

CO n.º 1883 Referenciação precoce aos Cuidados Paliativos como marca de qualidade assistencial

CO n.º 1892 O PSI é um bom preditor de mortalidade por pneumonia a longo prazo?

CO n.º 1900 CURB 65 – uma ferramenta precisa na previsão da mortalidade por pneumonia?

CO n.º 1918 Adequação da prescrição de beta-bloqueadores em doentes hipertensos

CO n.º 1919 Risco vascular e Tabagismo - a realidade numa consulta de referência de Hipertensão e Risco Vascular

CO n.º 2033 Tempo de pandemia – Experiência de uma Unidade COVID de um Serviço de Medicina Interna

CO n.º 2092 Rastreio Nutricional na Enfermaria de Medicina Interna

CO n.º 2127 Consulta de Inflamação Ocular – Uma casuística de 5 anos

CO n.º 2140 Abcessos hepáticos: uma casuísta de sete anos de um hospital distrital

CO n.º 2154 BACTERIEMIAS - CARACTERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DUM HOSPITAL TERCIÁRIO

CO n.º 2157 Comparação de índices de comorbilidade para estimar a mortalidade após a alta hospitalar

CO n.º 2181 Quando tratar a Sarcoidose Pulmonar? Uma série de casos com remissão completa

CO n.º 2206 AJUSTE DA ANTIBIOTERAPIA DE ACORDO COM A FUNÇÃO RENAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UM ESTUDO TRANSVERSAL

CO n.º 2219 Qual o valor preditivo dos scores SOFA, APACHE II e SAPS III quando aplicados a uma UCINT?

CO n.º 2284 CARACTERIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE CARBOXIMALTOSE FÉRRICA NO HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA

CO n.º 2395 Papel da Vacinação na Condição pós-COVID-19: dados preliminares de um estudo prospetivo

CO n.º 2407 Hipoalbuminemia numa enfermaria de Medicina Interna: será um marcador de mau prognóstico?

CO n.º 2418 Troponina I: marcador de prognóstico cardiovascular a longo prazo em doentes internados com COVID-19

CO n.º 2420 Diagnóstico de disfunção da tiróide na gravidez

CO n.º 2443 A cirrose e a doença vascular cerebral, uma associação (im)provável?

CO n.º 2541 Indução em Hemodiálise – Casuística num internamento de Nefrologia

CO n.º 2555 A variação sazonal da Trombose Venosa Profunda dos membros inferiores

CO n.º 2582 Impacto clínico da infeção por VSR em adultos

CO n.º 2677 Vacinação da COVID-19 e evolução no internamento: existem diferenças entre os esquemas vacinais?

CO n.º 2684 Uso de Sonda Nasogástrica, a realidade de um serviço de Medicina Interna

CO n.º 2691 Analise de uma série de doentes com isolamento de Entrebaterias resistentes a carbapenemes

CO n.º 2725 Caracterização da abordagem a isolamentos respiratórios de Candida spp. numa UCI

CO n.º 2741 Insuficiência cardíaca fração ejeção reduzida: a importância da abordagem terapêutica estruturada

CO n.º 2743 Mio-, peri- e miopericardites num hospital periférico - o impacto da vacinação SARS-CoV-2

CO n.º 2772 Vírus Influenza num Hospital Periférico entre 2020 e 2022

CO n.º 2796 RELATION BETWEEN HEART RATE RECOVERY AFTER ERGOMETRIC EXERCISE TEST AND CORONARY ARTERY DISEASE

CO n.º 2800 Gestão multidisciplinar e a diferença no tratamento da Insuficiência Cardíaca: Impacto na agudização

CO n.º 2820 O papel da Hospitalização Domiciliária na descentralização de cuidados hospitalares

CO n.º 2829 O peso das re-hospitalizações e morte após internamento por insuficiência cardíaca: IC FEp vs IC FEr

CO n.º 2835 O peso dos internamentos por IC FEP na realidade de um hospital de nível um

CO n.º 2859 Predicting one-year mortality after hemodialysis start: the role of the CHA2DS2-VASc Score

CO n.º 0011

Barotrauma no doente COVID-19 sob Ventilação Não Invasiva

Sandra Ganchinho Lucas(1);Andreia Barbosa(2);Alexei Bucur(3);Ana Gonçalves(2)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: os doentes com pneumonia pelo SARS-CoV-2 com ARDS têm um elevado risco de barotrauma. Surgem evidências de barotrauma associado à ventilação não invasiva, previamente reconhecido como uma complicação da ventilação mecânica invasiva.
Objetivo: avaliar a incidência e o desfecho clínico do barotrauma associado à ventilação não invasiva em doentes com COVID-19 num Serviço de Medicina Intensiva.
Material e Métodos: análise retrospetiva descritiva monocêntrica, através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados de 23 de março de 2020 a 31 de julho de 2021.
Resultados: Estiveram internados 2650 doentes com COVID-19. Destes, 511 foram internados no Serviço de Medicina Intensiva e 361 doentes estiveram sob ventilação não invasiva (VNI). A taxa de mortalidade dos doentes que realizaram VNI foi 19,7%. Foram identificados 17 doentes com barotrauma (65,0% homens), de idade mediana de 67,0 (57,0-73,0) anos, o barotrauma ocorreu sob a forma de pneumomediastino (100%), enfisema subcutâneo (52,9%) e pneumotórax (23,5%). A incidência de barotrauma foi de 4,7% e a mortalidade de doentes com COVID-19 e barotrauma associada à ventilação não invasiva foi 1,4%, não existindo uma associação estatisticamente significativa entre o barotrauma e a mortalidade (p=0,34). O barotrauma ocorreu ao 14º (9,0-17,5) dia após início de sintomas, ao 6º (±4,9) dia após admissão hospitalar e 2º (0,3-4,0) dias após o início da VNI. A principal causa de barotrauma foi o volutrauma com volumes correntes de 11,6 (±3,3) mL/Kg, o que ocorreu antes dos doentes serem admitidos no SMI em 70.6% (n=12) dos casos.
A sobrevida a 60 dias dos doentes que tiveram alta após resolução do barotrauma foi de 100% (n=9). Os doentes regressaram ao seu estado funcional basal, em média, aos 2 (±0,7) meses em 77,8% (n=7), no entanto dois (22,2%) doentes mantiveram sintomas de dispneia de esforço ao sexto e oitavo mês após alta.
Conclusão: A maioria dos doentes com barotrauma são homens, de acordo com estudos prévios, os homens poderão ser mais suscetíveis de sofrer formas graves da doença. A incidência de barotrauma foi de 4,7% situando-se no limite inferior do descrito por cinco estudos prévios que apontam uma incidência de 4,7-9,0%. No estudo foi possível apurar um volume corrente de 11,6 (±3,3) mL/Kg, muito acima do recomendado de 6 mL/Kg.
Admite-se que o volutrauma é a principal causa de barotrauma. O volutrauma associado ao início da ventilação entre a segunda e terceira semana com elevado volume corrente, em doentes com alterações pulmonares pode culminar na distribuição não homogénea da pressão gerada pela ventilação não invasiva, e consequentemente no barotrauma. Ao barotrauma não se associou uma maior mortalidade. Como medida preventiva do barotrauma, recomenda-se o controlo da ansiedade, do drive respiratório com monitorização e vigilância apertada em serviços especializados como o Serviço de Medicina Intensiva, face à grande variabilidade das pressões e volumes dependentes do doente.

CO n.º 0022

Quality of life impact of COVID infection at 3-,6- and 12-months' time points

Inês Rego de Figueiredo(1);Joana Branco Ferrão(2);Sara Dias(1);Diogo Drummond Borges(1);Jorge Fernandes(1);Vera Bernardino(1);Heidi Gruner(1);António Panarra(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Outro

Introdução
The COVID-19 pandemic has reached its third year and focus is changing for the long-term impact of the disease, in particular quality of life (QoL) and the COVID fog.
QoL has been shown to be reduced following COVID-19 infection in various settings. However, most studies assess QoL shortly after discharge (up to 3 months), and usually in just one time point.

Objectivo
Our objective is to assess the change in quality of life of patients admitted to the hospital due to COVID-19 infection, and to determine its determinants as well as correlate it to COVID fog symptoms persistence, in relation to different time points following infection, from 3 to 12 months.

Material e métodos
Cross sectional observational study by self-application of QoL questionnaire (EQ-5D-5L) and persistent symptoms (fatigue, mood changes, headaches, difficulty concentrating, insomnia and memory loss), sent by mail to patients who had been admitted to our COVID ward over the previous year at 3 time points: 3-,6-and 12-months post COVID-19 admission. We collected demographic and clinical data from the medical records. Data was analyzed comparing the previous and current quality of life using the retrospective test method, but also comparing to the difference in quality of life, between the 3 time points.

Resultados
Out of 125 participants, a total of 31, 58 and 36 participated at the 3-, 6- and 12-months' time points. Demographic data was well-adjusted, with exception of gender, which showed predominance of male sex at 3 and 12 months (58% and 61%), and females at 6 months (64%). Admission diagnosis and comorbidities distribution by time points were alike. However, there was a difference in COVID length of stay (LOS) which was higher at 12 months (12±13 vs 12±6.7 vs 19±12 days, p-value=0.007). COVID severity also varied by time point, with a lower prevalence of severe disease at 12 months (65% vs 57% vs 31%, p-value=0.006). Contrastingly to other severity markers, namely ICU admission that was higher at 12 months (19% vs 14% vs 39%, p-value=0.016), together with mechanical ventilation (19% vs 9% vs 33%, p-value=0.01).
COVID fog symptoms were similar throughout the time points, as was QoL, with exception of current VAS QoL at 6 months that was significantly lower even after Bonferroni post-hoc (69±20 vs 58±22 vs 67±20, p-value=0.039).

Conclusões

We observed different COVID LOS because over the 12 months, there were different definitions of disease time course (from needing a negative swab, to 7 days in mild disease). Severity at admission was also diverse over different time points, due to low severity admissions at the beginning for observation (over risk factors), or people unable to isolate themselves. We also observe an important decrease in severity markers over time, due to vaccination effect on severe disease.
QoL decrease was stable over the 3 time points, as were persistent symptoms, which show us their lasting effect up to 12 months.

CO n.º 0135
Fatores preditores de outcomes clínicos em doentes com Diabetes mellitus – análise retrospetiva

Alexandra Machado(1);Rafael Marques(1);Ana Rita Aranha(1);Filipe Veiga(1);Heloísa Ribeiro(1);Yolanda Martins(1);Marta Brandão Calçada(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O score AVD-DezIs é um questionário criado em 2012 no Serviço de Medicina Interna (SMI) e posteriormente validado em 2014, que avalia a capacidade de realização de tarefas da vida diária, bem como a presença de algumas condições que condicionam maior grau de dependência. Tem uma pontuação máxima de 20 e é expresso em percentagem, com uma relação diretamente proporcional. A prevalência da diabetes no nosso país é crescente, verificando-se um aumento da mesma com a idade, o que se traduz numa elevada representatividade entre os doentes internados. A nível hospitalar, estes doentes estão associados a um maior tempo de internamento e a piores desfechos. O objetivo deste estudo é avaliar o desempenho do score AVD-DezIs em doentes diabéticos internados no SMI.
Métodos: estudo observacional retrospetivo de doentes internados no SMI entre 2016-2021, com Diabetes mellitus com e sem complicações no índice de comorbilidade de Charlson. A ausência de um score AVD-DezIs/Charlson preenchido foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada por meio do processo clínico informático do doente. Foram recolhidos dados demográficos, diagnóstico principal, tempo de internamento, número de reinternamentos e recorrência ao Serviço de Urgência (SU) nos 30 dias após a alta, mortalidade intra-hospitalar e 30 dias após a alta. A análise estatística foi realizada no programa SPSSÒ v.28, considerando $p<0,05$ como estatisticamente significativo.
Resultados: Dos 25505 doentes internados, 6457 eram diabéticos. Dos 5296 incluídos, 2313 (43.7%) eram do género masculino, com uma mediana de idade de 79 anos (AIQ 14). O tempo mediano de internamento foi de 6 dias (AIQ 5) e a capacidade funcional mediana foi de 8 (AIQ 11). A mortalidade intra-hospitalar foi de 9.5% (505) e nos 30 dias após a alta foi de 5.9% (314). Uma menor pontuação do score AVD-DezIs associou-se a uma maior mortalidade intra-hospitalar (13 vs 7, $p<0.001$). Relativamente às readmissões, verifica-se que scores AVD-DezIs mais baixos estão associados a mais readmissões no SU (9 vs 7, $p<0.001$) e novo internamento (10 vs 7, $p<0.001$) nos 30 dias após a alta. Em ambos os grupos de doentes geriátricos (³65 anos) e não geriátricos (<65 anos), um score AVD-DezIs mais baixo associou-se a maior mortalidade intra-hospitalar ($p<0.001$) e nos 30 dias após a alta ($p<0.001$), tal como a maior recorrência ao SU ($p<0.001$) e a readmissões nos 30 dias após a alta ($p<0.001$). Obtivemos uma boa consistência interna entre o total do score AVD-DezIs nos doentes diabéticos ($a=0.917$).
Conclusões: Nos doentes diabéticos, a funcionalidade avaliada através do score AVD DezIs associou-se a alguns outcomes desfavoráveis, como a mortalidade intra-hospitalar e nos 30 dias após a alta e o tempo de internamento. Este score tem uma boa consistência interna e é uma ferramenta de fácil avaliação, que permite uma abordagem individualizada do doente.

CO n.º 0137

Prevalência e abordagem do delirium em doentes de cuidados paliativos em internamento e no domicílio

RUTE BRÁS-CRUZ(1);Teresa p. Medeiros(1);Hugo Oliveira(1);Maria Céu Rocha(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Cuidados paliativos

O delirium é uma das complicações mais frequentes em contexto de Cuidados Paliativos (CP) com uma prevalência de 35%, aumentando para 88% nas horas a dias que precedem o final de vida. Os dados sobre delirium em cuidados comunitários e no seguimento domiciliário em CP são escassos, sendo esta condição pouco reconhecida e alvo e uma abordagem menos estruturada.
OBJETIVO: Caracterizar a população seguida por uma Equipa de Cuidados Paliativos (ECP) em regime intra-hospitalar e domiciliário, avaliar a prevalência de delirium, a estratégia terapêutica, o tempo de resolução e os fatores que se associam a maior ou menor prevalência de delirium.
MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo de caso-controlo retrospetivo que incluiu todos os doentes seguidos pela ECP em âmbito intra-hospitalar e no domicílio no ano de 2019. A informação necessária foi obtida por consulta do processo clínico eletrónico. Registou-se o desenvolvimento ou não de delirium, a presença de fatores predisponentes e precipitantes, a medicação implementada em primeira e segunda linha e o tempo de resolução. Através do programa SPSS®, foi analisada a associação entre variáveis categóricas através do teste Qui-quadrado ou Fisher e usado teste t de student ou o Mann-Whitney para análise de variáveis contínuas. A análise multivariada consistiu numa regressão logística binária, incluindo todas as variáveis associadas a diferenças estatisticamente significativas em análise univariada. Foi considerada uma diferença estatisticamente significativa sempre que o valor de prova (valor-p, p) não excedesse o nível de significância de 5% ($p<0,05$) com intervalos de confiança de 95%.
RESULTADOS: Foram incluídos 496 doentes, dos quais 308 (62,1%) com seguimento intra-hospitalar e 188 (37,9%) com seguimento em regime domiciliário. Identificado delirium em 112 (22,6%) doentes e o fármaco de primeira linha foi o haloperidol (n=58, 51,8%), com resolução em 98 (87,5%) doentes, a maioria em menos de 5 dias (n=80, 81,6%). Faleceram um total de 283 (57,1%) doentes, dos quais 81 (28,6%) desenvolveram delirium. A ocorrência de óbito foi significativamente superior nos que desenvolveram delirium, comparativamente aos que não o desenvolveram (72,3% vs 52,6%; $p<0,001$). Foram associadas a uma maior incidência de delirium o seguimento intra-hospitalar (27,9% vs. 13,8%; $p<0,001$), a infeção (53,9% vs. 19,6%; $p<0,001$), as alterações endócrinas (84,6% vs. 28,3%; $p<0,001$) alterações iónicas (55,0% vs. 25,5%; $p<0,001$), o uso de corticoides (37,7% vs. 24,8%; $p=0,008$), anticolinérgicos (54,1% vs. 27,5%; $p=0,001$) e a presença de metastização cerebral (50,0% vs. 29,0%; $p=0,046$). Além disso, encontraram-se associados a uma maior incidência de delirium o seguimento a nível intra-hospitalar (OR=3,30, $p<0,001$), a existência de alterações endócrinas (OR=5,50; $p=0,036$) e o uso de antipsicóticos (OR=2,38, $p=0,014$).
CONCLUSÃO: Este trabalho demonstra a prevalência não desprezável que o delirium apresenta nos doentes em final de vida, sobretudo em contexto intra-hospitalar, bem como seu valor enquanto preditor de mau prognóstico e causas secundárias do mesmo. A implementação de cuidados de fim de vida de excelência são uma área de clara melhoria no Sistema Nacional de Saúde. Uma abordagem multidisciplinar que consiga prever e corrigir os fatores precipitantes de delirium, bem como a implementação de

cuidados paliativos domiciliários de qualidade no fim de vida pode proporcionar um controlo mais eficaz do delirium e redução da sua prevalência global.

CO n.º 0150

Fatores de risco associados a reinternamentos por Insuficiência Cardíaca descompensada

Hugo Raposo Inácio(1);Anabela de Carvalho(2);Joana Gamelas de Carvalho(3);Ana Lopes Dos Santos(4);Margarida Pimentel Nunes(5);André Maia(6);Gonçalo Durão-Carvalho(7);Joana Duarte(4);Catarina Rodrigues(4);Célia Henriques(4);Inês Fornelos Araújo(4);Cândida Fonseca(4)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães (3) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (5) Hospital Beatriz Ângelo (6) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (7) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Os internamentos recorrentes por insuficiência cardíaca (IC) descompensada representam, atualmente, um problema de saúde pública mundial com elevados custos socioeconomicos. Embora muitos trabalhos tenham avaliado os mecanismos e fatores de risco que lhe estão associados, mais estudos são necessárias para desenvolver modelos preditivos precisos, de modo a estratificar o risco e optimizar a gestão da doença.
Objetivo: Identificar os fatores preditores de reinternamentos por IC descompensada e analisar as diferenças entre género.
Métodos: Estudo observacional retrospectivo de todos os doentes observados em consulta de IC de um hospital terciário, durante o primeiro semestre de 2019. Foi aplicada análise de regressão logística para avaliar quais os fatores de risco associados a reinternamento hospitalar por IC aos 6 meses. Baseado em dados bibliográficos foram incluídas no modelo as seguintes variáveis: etiologia da IC, classe funcional New York Heart Association (NYHA) basal, hipertensão arterial (HTA), fibrilhação auricular (FA), diabetes mellitus (DM), doença renal crónica (DRC), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), obesidade, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), tabaco e álcool.
Resultados: Amostra constituída por 388 doentes, 57% do sexo masculino com média de idades de 74 anos (máx. 98 e min. 24) e 43% do sexo feminino com média de idades de 78 anos (máx. 98 e min. 46). Nas mulheres duas variáveis foram identificadas como fatores preditivos independentes de reinternamento por IC: classe NYHA basal (OR=2,659, IC 95% 1,181- 5,985, p=0,013) e DPOC (OR=3.488, IC 95% 1,309-9,295, p=0,011). Para os homens, apenas a NYHA basal foi associada à readmissão por IC (OR = 3,612, IC 95% 1,256-10,390, p = 0,013). Para avaliar o desempenho do modelo, foi desenhada uma curva ROC. A área abaixo da curva (AAC) foi de 0,653 para o modelo masculino e de 0,718 para o modelo feminino, equivalente a um poder de discriminação moderado.
Conclusão: De acordo com os resultados obtidos, a classe funcional NYHA basal é um factor de risco independente para o reinternamento por IC descompensada para ambos os sexos, assim como a DPOC nas mulheres. Embora tenham sido identificados somente dois factores de risco independentes, apenas um no caso dos homens, a literatura atual aponta para um cenário multifactorial, pelo que mais estudos, com uma amostra e tempo de follow-up maiores, serão necessários para identificar outros factores de risco. Não obstante, os dados parecem indicar que a correta gestão de comorbilidades e a optimização da terapêutica modificadora de prognóstico, concorrem

para a melhoria da classe funcional NYHA e para a redução da hospitalização por IC descompensada, resultados estes que vão ao encontro do estado da arte atual.

CO n.º 0162

Avaliação da prescrição de terapêutica farmacológica pelos critérios STOPP/START

Carolina Saca(1);Matilde Coimbra(1);Maria Carolina Carvalho(1);Ricardo Ferreira(1);Ana Pinela(1);Filipa Gerardo(1);Magda Bento(1);Joana Caetano(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: com o envelhecimento da população assistimos a um aumento da multimorbilidade, com consequente maior complexidade dos regimes terapêuticos e polifarmácia. A adequação terapêutica visa reduzir ou descontinuar medicação cujos benefícios são inferiores aos potenciais riscos, ao considerar os objetivos em saúde para o doente, nível de dependência, esperança de vida, valores e preferências. Os critérios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) revistos em 2015 são uma ferramenta de revisão terapêutica em idosos com multimorbilidade que pretende melhorar a adequação terapêutica, evitar efeitos secundários e adequar os custos em saúde.
Objetivo: identificar os medicamentos potencialmente inadequados (MPI) e medicamentos potencialmente omissos (MPO) com o recurso aos critérios STOPP/START versão 2 e relacionar frequência destes com efeitos adversos graves, reinternamentos e óbitos.
Métodos: estudo retrospetivo dos doentes com idade > 65 anos, com alta clínica de um serviço de medicina interna no período de Janeiro-Maio/2021. Foi avaliada a terapêutica prescrita em nota de alta e aplicados os critérios STOPP/START versão 2. A recolha dos dados foi feita pelo processo clínico eletrónico.
Resultados: Foram incluídos 212 doentes consecutivos com idade média de 79± 8 anos. Em 53% dos doentes foi identificado pelo menos um MPI, sendo a maioria fármacos do sistema cardiovascular e do sistema nervoso central/psicotrópicos e antiagregantes/hipocoagulantes. 40% dos doentes tinham prescrito pelo menos um fármaco para o qual não havia indicação clínica para a sua realização, consistindo a maioria em benzodiazepinas e inibidores da bomba de protões (IBP). Destes doentes, em 36,5% esse fármaco foi retirado à data de alta. 22% dos doentes tinham no seu esquema terapêutico pelo menos um fármaco prescrito além da duração recomendada para o tratamento da respetiva condição, a maioria pertencente às benzodiazepinas, IBP e vitaminas. Quanto aos MPO, 82% dos doentes tinham pelo menos um pertencente predominantemente a fármacos do sistema cardiovascular e músculo-esquelético. 6% dos doentes tiveram uma reação adversa relacionada com MPO/MPI. Identificaram-se 24% dos reinternamentos aos 30 dias após a alta relacionados com MPO/MPI e 2% dos óbitos foram também relacionados com MPO/MPI, contudo, sem associação estatisticamente significativa.
Conclusão: Esta análise permitiu verificar que uma percentagem significativa dos doentes internados tem prescrito pelo menos um MPI, cuja identificação está dependente de uma adequada revisão terapêutica, que deve ser integrada de acordo com as indicações para a qual é prescrita, os objetivos em saúde definidos para o doente, bem como o contexto socio-económico e familiar.

CO n.º 0167

Candidémia a nível hospitalar – estudo de coorte

Maria Carolina Carvalho(1);Mónica Baptista Lopes(1);Joana Paulo(1);Matilde Coimbra(1);Ricardo Paquete Oliveira(1);Clara Portugal(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As infecções sanguíneas por Candida sp. – tipicamente denominadas de candidémia – são uma importante causa de morbilidade e mortalidade em ambiente hospitalar, constituindo as infecções fúngicas mais frequentes neste contexto. Os factores de risco associam-se a procedimentos invasivos (especialmente intervenções abdominais) e à presença de dispositivos médicos, bem como à antibioterapia de largo espectro e a internamentos em serviços de Medicina Intensiva.
Objectivo: Este trabalho tem como objectivo caracterizar as candidémias em doentes internados num hospital terciário e a sua abordagem, avaliar os factores de risco mais preponderantes e a taxa de mortalidade associada às mesmas.
Material e Métodos: Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo que incluiu todos os doentes internados, com 18 anos ou mais, com isolamento microbiológico de Candida sp. em hemoculturas, no período de 2016 a 2021. Os dados foram colhidos através da consulta do processo clínico.
Resultados: Identificaram-se 173 casos de candidémia no período em estudo, predominantemente em doentes do sexo masculino (55,5%, n=96) e com uma idade mediana de 72 anos [21-92]. A mediana de internamento foi de 46 dias [1-431], e 43,9% dos doentes foram internados por patologias infecciosas. Os serviços hospitalares em que ocorreram mais isolamentos foram Medicina Intensiva (30,1%), Cirurgia Geral (22%) e Medicina Interna (20,8%). O principal factor de risco identificado foi a realização de antibioterapia de largo espectro (em 93,6% dos doentes), sendo que, destes, 26,5% fizeram 3 antibióticos diferentes e 6,2% fizeram mais de 5 antibióticos. Os 3 antibióticos mais frequentemente usados foram o meropenem (69,4%), piperacilina-tazobactam (59,5%) e linezolide (26%). Quanto aos restantes factores de risco identificados, destacam-se a presença de cateteres venosos centrais (76,3%), a imunossupressão (69,4%), o internamento em serviços de Medicina Intensiva (50,9%), a ventilação mecânica invasiva (50,3%), as intervenções abdominais (47,4%) e a realização de nutrição parentérica (24,9%). Foi isolada Candida albicans em 53,2% das hemoculturas. Não foi excluída focalização em 90,8% dos casos, e a duração mediana de terapêutica com antifúngico foi de 8 dias. Quanto à evolução clínica, 23,12% dos doentes foram transferidos para Serviços de Medicina Intensiva, e a taxa de mortalidade da casuística apresentada foi de 53,8% (sendo o choque séptico a causa de morte mais frequente).
Conclusões: Os factores de risco identificados na casuística apresentada são concordantes com os factores de risco para candidémia descritos na literatura, destacando-se a associação à realização de antibioterapia de largo espectro. A abordagem dos casos de candidémia deverá ser optimizada de forma a seguir as recomendações em vigor, numa tentativa de reduzir a mortalidade associada a esta patologia, nomeadamente com exclusão de foco e ajuste da duração de anti-fúngico.

CO n.º 0189

Tuberculose Meníngea - uma revisão

Ana Rita Barradas(1);Ana Luísa Esteves(1);Mariana Constante(1);Sérgio Pereira(1);Martim Henriques(1);Judite Batista(1);Margarida Fonseca(1);João Delgado(2);Cristina Toscano(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: *Mycobacterium tuberculosis* complex é responsável por cerca de 10M de novos casos de tuberculose (TB) e 1.3M de mortes anualmente. A meningite tuberculosa é a forma menos frequente, mas a mais grave estando associada a elevada mortalidade. Ocorre em 1-5% de todos os pacientes com TB e em 10% na subpopulação de HIV positivos.

Objetivo: Caracterização sociodemográfica da população com meningite tuberculosa, avaliação dos dados clínicos, admissão em UCI e mortalidade.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo que incluiu os doentes com diagnóstico de meningite tuberculosa entre 01/2011 e 03/2022. O objetivo primário foi definido como mortalidade intra-hospitalar. O secundário como elevada dependência funcional à data da alta (mRS ≥ 3).

Resultados: Foram avaliados 15 doentes, com média de idades de 42,9 ± 12,6 anos (intervalo 23-65 anos), 80% do sexo masculino. Destes 26,7% (n=4) eram estrangeiros, todos residentes na área da Grande Lisboa, sendo que 3 se encontravam no mesmo estabelecimento prisional. Os sintomas mais frequentes foram anorexia e perda ponderal em 53,3%, seguindo-se astenia e febre em 40% dos doentes e por fim cefaleia em 26,6%. O tempo médio de internamento foi de 28,1 ± 22,1 dias.
Desta amostra 53,3% (n=8) eram imunocomprometidos: 6 por HIV, 1 com linfoma sob quimioterapia e 1 com alcoolismo crónico. A média do score de Glasgow à admissão foi de 12 (intervalo 8-15). Febre foi documentada em 86,6% (n=13) dos doentes, convulsões foram descritas em 2 doentes e apenas 1 apresentou défices neurológicos focais *major*. A hiponatrémia estava presente em 60% dos doentes, (intervalo 126-133 mmol/L).
A hidrocefalia estava presente em 60% dos doentes (n=9) e destes 88,9% colocou DVE. A analise do liquido cefalorraquidiano revelou elevação do nível de proteinas em 86,7% dos doentes (n=13; intervalo 77-2554 mg/dL) e baixos níveis de glucose (média 34,9mg/dL). A identificação de *M. tuberculosis* conseguiu-se maioritariamente através de isolamento em cultura (73,3%; n=11) e 26,6% (n=4) através de técnica de amplificação de ácidos nucleicos sendo o exame direto pela coloração de Ziehl-Neelsen positivo num doente. Foi documentada uma estirpe com monorresistência à isoniazida e uma outra multirrestistente.
A terapêutica de primeira linha com antibacilares foi iniciada em todos os pacientes, com esquema quádruplo.
Mais de metade dos doentes (53,3%) foram admitidos em UCI, sendo a depressão do estado de consciência ,com necessidade de entubação orotraqueal, o principal motivo de admissão.
A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 60% (n=9), a maioria destas ocorreu na UCI (n=7). Dos doentes que tiveram alta (n=6) metade apresentava elevada dependência

funcional com mRS ≥ 3. Na avaliação 1 ano após a alta verificou-se melhoria do estado funcional em todos os pacientes. Não houve óbitos no período de *follow up* de 1 ano.

Conclusões: A tuberculose meníngea é uma doença potencialmente fatal e de muito difícil diagnóstico. Com este trabalho pretendemos alertar para uma patologia onde o início precoce de terapêutica dirigida é fundamental para a melhoria dos *outcomes.*

CO n.º 0201

Aplicação de um protocolo de biópsia de glândulas salivares de lábio num serviço de Medicina Interna

Mónica Baptista Lopes(1);Miguel Trindade(1);João Serôdio(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A biópsia de glândulas salivares de lábio (BGSL) é um procedimento minimamente invasivo e que pode ser útil em diferentes contextos clínicos, nomeadamente perante a suspeita de Síndrome de Sjögren ou suspeita de doenças infiltrativas, como amiloidose, sarcoidose ou doença por IgG4.

Objectivo: Determinar a utilidade diagnóstica e segurança da BGSL realizada num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos: Análise retrospectiva das BGSL realizadas no serviço de Medicina Interna entre Janeiro de 2018 e Abril de 2022. Todas as BGSL foram realizadas por internistas do serviço. Foi considerada a biopsia como clinicamente útil quando permitiu sustentar ou excluir um diagnóstico clínico. Para avaliar segurança do procedimento, todos os doentes foram contactados telefonicamente 7 dias depois do procedimento. As complicações foram classificadas em ligeiras imediatas (sintomas com duração inferior a 7 dias), ligeiras prolongadas (sintomas que perduraram durante mais de 7 dias) e graves quando implicaram a revisão clínica do local da biópsia ou necessitaram de algum tipo de intervenção clínica.

Resultados: Foram realizadas 64 BGSL no período considerado. A maioria dos doentes eram mulheres (91%), com uma idade média de 59,6 ± 11,9 anos. O principal motivo de referenciação para BGSL foi estudo de síndrome seco (81%), seguido de suspeita de doença infiltrativa (15,6%). Em todos os procedimentos foi obtida amostra com qualidade para avaliação histológica. Em relação aos resultados histológicos: 24 biopsias (38%) revelaram sialadenite crónica inespecífica, 23 biopsias foram normais (36%), 16 biopsias (25%) confirmaram diagnóstico de síndrome de Sjögren com um *focus* score ≥ 1 (pelo menos 50 linfócitos por 4mm^2) e 1 biopsia (2%) identificou depósitos de amiloide. No total, 41 biopsias (64%) foram consideradas com utilidade clínica. Foram registadas complicações ligeiras imediatas em 9 doentes (14%, todos com hematoma *minor*) e 1 complicação prolongada (2%, hipostesia do lábio). Não foram registadas complicações graves.

Conclusões: A BGSL é um procedimento seguro que permitiu sustentar ou excluir um diagnóstico clínico em cerca de dois terços dos doentes observados nesta revisão de casos.

CO n.º 0212
FATORES PREDITORES DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO RENAL AGUDA NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Carolina Teles(1);Ana Mota Magalhães(1);Tiago Dias da Costa(1);Cátia Barra(1);Ana Luísa Silva(1);Fernando Albuquerque(1);Elsa Gaspar(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) constitui uma complicação frequente da pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Contudo, a fisiopatologia não está totalmente compreendida. Certos fatores, incluindo idade, doença renal crónica (DRC) e outras comorbilidades, têm vindo a mostrar-se associados ao aumento do risco de LRA na PAC, embora ainda existam poucos dados disponíveis.

Objetivo: Identificar fatores preditores de LRA numa população internada com PAC.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo em doentes com diagnóstico confirmado de PAC, internados num serviço de Medicina Interna num período de 1 ano, com identificação dos doentes com LRA à admissão de acordo com os critérios KDIGO. Excluídos doentes com pneumonia nosocomial, internamento há menos de 1 mês, outras causas de LRA, outras infeções concomitantes ou em terapêutica de substituição renal. Dados colhidos incluem dados demográficos e gasométricos, sintomatologia e sinais vitais à admissão, e ainda comorbilidades e medicação habitual. Realizada estatística descritiva e comparativa entre os doentes com e sem LRA, utilizando os testes estatísticos adequados, bem como regressão logística uni e multivariada com cálculo de Odds Ratio (OR). Os dados foram analisados no SPSS Statistics, $p<0,05$ estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 654 doentes, após exclusão de 488, com idade média de 81,7±11,7 anos, 52,6% do sexo masculino, 77,7% com duas ou mais comorbilidades, sendo a hipertensão arterial (HTA) a mais frequente (60,7%), e 78% faziam mais de 4 fármacos, sendo os diuréticos os mais frequentes (46,7%) seguidos das estatinas (43,4%). A LRA identificou-se em 40,8% dos doentes. Comparando os grupos com e sem LRA, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no que toca sintomas, incluindo alteração do estado de consciência. Contrariamente, com a idade, nº de comorbilidades, HTA, insuficiência cardíaca, diabetes, dislipidémia, DRC, fármacos, TA sistólica e diastólica, bicarbonato e lactatos obtiveram-se p de 0,001 a 0,02, nos testes comparativos e na regressão logística univariada, destacando-se os OR da DRC (3,258 Intervalo de confiança (IC) 95% 2,218-4,787) e HTA (2,085 IC95% 1,498-2,903). Utilizando as variáveis significativas na regressão logística multivariada (método forward:Wald), obteve-se um modelo ajustado e estatisticamente significativo com: idade, DRC, HTA, estatina, TA diastólica e lactatos, com especificidade na identificação da LRA de 83,1%.

Conclusões: Este estudo reforça a importância das comorbilidades e fármacos como fatores de risco para o desenvolvimento de LRA. Nesta amostra, a sintomatologia não se relacionou com este processo, mesmo a alteração do estado de consciência que poderia associar-se a desidratação, comprovando que há outros mecanismos fisiopatológicos subjacentes. O modelo de regressão logística constitui um avanço na

criação de índices preditores de LRA na PAC com aplicação na prática clínica e impacto na abordagem terapêutica.

CO n.º 0213

Tratamento da Hepatite C na população reclusa num estabelecimento prisional de alta segurança.

Bernardo Tourais Canhão(1);João Madaleno(1);Magda Costa(2);André Trigo(1);Adélia Simão(1);Armando Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução e objetivos: A introdução dos antivirais de ação direta (DAA) foi disruptiva no tratamento da hepatite C, permitindo obter atualmente resposta virológica mantida (RVM) em mais de 95% dos doentes com esquemas terapêuticos muito simples. A população reclusa, pelos comportamentos ou exposições de risco para a infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) e pelas barreiras no acesso aos cuidados de saúde, deve ser um alvo para atingir os objetivos de eliminação da hepatite C até 2030. Pretendeu-se com este trabalho caracterizar uma população de reclusos mono-infetados pelo VHC e descrever a abordagem e o seguimento dos doentes.
Materiais e métodos: Estudo observacional prospetivo da população reclusa num estabelecimento prisional (EP) de alta segurança, sendo incluídos os casos em que se detetaram anticorpos anti-VHC. A colheita de dados clínicos, de sangue para exames laboratoriais, a avaliação por elastografia hepática transitória (Fibroscan®) e o seguimento dos doentes teve lugar no EP entre 2019 e 2021.
Resultados: Foram incluídos 69 doentes, todos do género masculino e com mediana de idades de 43,3 anos. Destes, 2 recusaram qualquer avaliação. Referiam consumo de drogas atual ou passado 65 doentes (97,01%) e destes, 26 (38,8%) apenas por via parentérica, 18 (26,86%) apenas por via não-parentérica, e 21 (31,34%) de ambas as formas. A viremia do VHC (ARN-VHC no sangue periférico) foi quantificável em 44 doentes (65,7%). Tinham sido anteriormente tratados 7 doentes, 6 com interferão-peguilado e ribavarina (2 sem RVM) e 1 com antivirais de ação direta (DAA). O genótipo 1a foi identificado em 43,2% dos doentes, seguido do 3 (31,9%) e do 4 (18,2%). A elastografia hepática transitória mostrou que 83,6% não apresentavam fibrose grave (F0/F1 n=50, F2 n=6), 7,8% tinham F3 e apenas 4,7% eram cirróticos (F4). Foi iniciada terapêutica com DAA nos 44 doentes com carga viral detetável (Ledipasvir/sofosbuvir 8 semanas, Glecaprevir/pibrentasvir 8 semanas, Elbasvir/grazoprevir 12 semanas ou Sofosbuvir/velpatasvir 12 semanas). Até ao momento foram avaliados às 12 semanas após final de tratamento 20 doentes, não sendo detetado em nenhum o ARN-VHC, tendo, portanto, RVM. Foram perdidos em seguimento 12 doentes.
Conclusão: A maioria dos reclusos infetados com VHC eram adultos jovens e utilizadores de drogas por via parentérica. O genótipo 1 foi o mais frequente e a maioria doentes não apresentava fibrose hepática grave. A implementação deste programa, com a deslocação dos médicos ao EP, promoveu a aproximação destes doentes aos cuidados de saúde e permitiu o tratamento da hepatite C numa população até agora com acesso limitado e dificuldade na efetivação do tratamento. A revisão de penas e a transferência entre EP dificultam o seguimento pós tratamento destes doentes.

CO n.º 0214

O que a dor esconde: necessidade de internamento e estudo.

Lorena Lozano Real(1);Mykhailo Iaschuk(1);Paula Sofia Araújo(1);Daniela Silva(1);Renzo Mozzer(1);Jorge Bravo(1);Ana Catarina Rodrigues(1);Eduardo Carvajal(1);Aida Cordero(1);Juan Alba Gil(1);Juan Manuel Urbano Gálvez(1)
(1) Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Durante a pandemia, houve atraso nos diagnósticos de doenças graves, realizados em fases avançados. O diagnóstico de tumores com metástases ósseas aumentou. Até num 30 % dos casos pode ser a primeira manifestação. A clínica mais comum é a dor. Embora em um de cada três doentes as lesões possam ser assintomáticas, nos restantes, afetam negativamente à funcionalidade e à qualidade de vida, tanto pelos sintomas como pelas possíveis complicações do tratamento. O prognóstico depende da doença oncológica primária, sendo necessário adaptar os tratamentos a cada doente.
Material e Método: Estudo retrospetivo descritivo dos doentes internados num serviço de Medicina Interna durante o ano de 2021 com diagnóstico de metástases ósseas.
Resultados: Foram internados 20 doentes, sendo 7 mulheres (35%) e 13 homens (65 %), com média de idade de 69 anos (43 a 87). A origem pulmonar foi o tumor mais frequente (40%) seguido do prostático (30 %). No 55 % dos doentes, o tumor foi diagnosticado nesse internamento. O motivo da consulta ao serviço de urgência foi a dor com um 65 % ou complicações de lesões ósseas em 35%. A maioria dos doentes já tinham varias consultas com o seu médico de família ou nas urgências do hospital pelo principal motivo da dor (80 %). Durante o internamento, os opióides foram necessários em 65% dos doentes, radioterapia em 15%, fisioterapia em 60% e um doente foi proposto para cirurgia ortopédica. 70% dos doentes apresentavam anemia ou hipercalcemia relacionada com as lesões ósseas. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) acompanhou até um 65% dos doentes e 85% morreram durante aquele ano.
Conclusões: Os doentes com queixas reiteradas de dor merecem especial atenção e estudo. Durante a pandemia houve um atraso em exames complementares de diagnóstico e estudo dos sintomas dos doentes o que levou aos diagnósticos já em fase avançadas da doença. Os doentes hospitalizados com metástases ósseas requerem dos profissionais uma abordagem multidisciplinar com integração de conhecimentos para oferecer uma terapêutica individualizada. Tudo isto dirigido à doença oncológica específica, controlo dos sintomas e das complicações associadas.

CO n.º 0216

Mid-term quality of life in critically-ill SARS-CoV-2 infected patients

Barbara Silva(1);Fátima Costa(1);Carolina Seabra(1);André Rolo(1);Teresa c. Guimarães(1);Mariana Meireles(1);Helena Vilaça(1);Alice Castro(1);Mari Mesquita(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introduction: Medium and long-term health consequences in severe SARS-CoV-2 pneumonia survivors remain unclear.
Objectives: Our goal was to evaluate mid-term quality of life (QoL) in critically-ill SARS-CoV-2 infected patients and predict factors associated with no improvement.
Methods: Patients with SARS-CoV-2 pneumonia requiring noninvasive or invasive respiratory support were prospectively evaluated at 3 (T3) and 6 (T6) months after discharge. St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and EuroQoL 5-Dimension 3-Level (EQ-5D-3L) questionnaire were used to assess quality of life (QoL). Patients with normal or significant improvement on SGRQ (group 1) were compared to those who did not improve (group 2). Six minute walk test (6MWT) was performed at both visits. Ethical approval was granted and written informed consent was obtained from all subjects at T3.
Results: 117 patients were included. Mean age was 61.7±12.0 years and 61.5% were male. At T3 and T6, median SGRQ were 31.7±18.6 and 22.1±18.0, respectively (p<0.001), with significant differences in symptoms (25.9±16.7 vs. 18.7±15.8), activity (49.0±25.0 vs. 34.9±25.1) and impact (22.3±18.6 vs. 14.7±17.5) domains (p<0.001). EQ-5D-3L only showed differences between T3 and T6 in mobility domain (71.0±41.9 vs. 75.6±31.6%, p=0.029) and EQVAS (71.0±19.2 vs. 75.6±18.5%, p=0.006). At T6, group 2 included 23% of patients and 4.3% haven’t return to work. Comparing group 1 and 2 at T6, all SGRQ domains medians have significantly improved. EQ-5D-3L only discriminate significant improvement on mobility, self-care and usual activities domains. Mean 6MWT at T3 and T6 were 78.8±17.9% vs. 85.7±16.5% of predicted distance (p<0.001), respectively, and mean performance at T6 were 86.5±15.1% in group 1 vs. 81.5±21.1% in group 2 (p=0.276). Mean PaO2/FiO2 were 415.2±78.7 vs. 408.7±58.5mmHg (p=0.461) and mean alveolar arterial gradient (AAG) were 15.6±33.5 vs. 14.5±16.3mmHg (p=0.710) at T3 and T6, respectively. At T6, mean PaO2/FiO2 (405.1±55.3 vs. 405.5±87.2mmHg, p=0.976) and mean AAG (13.6±18.4 vs. 15.8±17.4mmHg, p=0.586) were similar between groups 1 and 2, respectively.
Logistic regression comparing groups 1 and 2 didn’t find association between outcomes and age (OR 0.99, CI 95% 0.95-1.02, p=0.428), gender (OR 0.88, CI 95% 0.37-2.13, p=0.781), comorbidities (OR 0.85, CI 95% 0.69-1.06), p=0.145), length of stay (OR 1.02, CI 95% 0.99-1.06), p=0.255, do not intubate order (OR 1.32 (CI 95% 0.46-3.80, p=0.605), PaO2/FiO2 during hospitalization (OR 1.00, CI 95% 0.99-1.01, p=0.684) and NIRS technique.
Conclusion: Despite significant improvements over time, almost 25% of patients remained symptomatic and with disability after 6 months. In our population, objective measures of impairment, demographic and clinical data, couldn’t predict mid-term QoL.

CO n.º 0249

Adequação da anticoagulação profilática no doente médico

Maria Margarida Rosado(1);Mikael Xufre(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Outro

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) é a principal causa de morte evitável no doente internado. Apesar do benefício comprovado da anticoagulação profilática na prevenção do TEV, esta continua a ser inadequadamente utilizada, não tendo havido ao longo dos anos diminuição da incidência do TEV hospitalar. Por outro lado, nem todos os doentes beneficiam dela, podendo, nestes casos, o aumento do risco hemorrágico contribuir para a morbimortalidade.
Objetivos: Determinar a adequação da prescrição de anticoagulação profilática nas primeiras 24 horas de internamento numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e numa enfermaria de Medicina Interna (EMI).
Métodos: Estudo observacional transversal com colheita de dados retrospetiva. Foram incluídos os doentes internados entre 1 de maio e 31 de dezembro de 2021, excepto os com indicação para anticoagulação terapêutica ou gravidez/puerpério. Foram recolhidos dados relativos às características da população, score de Padua e presença de contraindicação absoluta para anticoagulação. Definiu-se adequação da anticoagulação profilática pela presença de score de Padua ≥4, na ausência de contraindicação para anticoagulação e na dose adequada para a Taxa de Filtração Glomerular estimada (TFG).
Resultados e Discussão: Dos 167 doentes incluídos, 84 estavam internados na UHD e 83 na EMI. Os doentes da EMI eram mais idosos (idade média 77 anos (DP ± 11,9) VS 64,1 anos (DP ± 19,1) na UHD). A maioria apresentava uma TFG ?30 mL/min, como tal, sem necessidade de ajuste de dose de Enoxaparina. O score de Padua mediano foi superior na EMI (5 VS 2 na UHD). Enquanto que na EMI a maioria dos doentes (69%) apresentava um score de Padua de alto risco, na UHD a maioria (68%) apresentava um score de baixo risco. Na EMI, em 65% dos casos foi prescrita anticoagulação, porém, na UHD, em 60% dos doentes foi prescrita anticoagulação, discordante com a percentagem de doentes de alto risco. Existiu uma maior percentagem de prescrições inadequadas na UHD (45% VS 27% na EMI). Em ambos os cenários as prescrições inadequadas ocorreram maioritariamente por o doente ter anticoagulação profilática prescrita, apesar de esta não estar indicada. Não existiram casos de prescrição de anticoagulação na presença de contraindicação absoluta.
Conclusão: Em comparação com o doente médico em internamento hospitalar, o doente internado na UHD é mais jovem, tendencialmente menos complexo e com menos propensão a mobilidade reduzida, existindo uma menor percentagem de doentes com indicação para profilaxia do TEV. A sobreutilização da anticoagulação foi a principal causa de inadequação. A estratificação dos doentes através do score de Padua é uma forma simples, eficaz e validada de auxiliar na tomada de decisão de necessidade de profilaxia do TEV. A não utilização deste tipo de ferramentas de forma sistemática na admissão do doente contribuiu negativamente para os resultados, sugerindo-se a implementação de um protocolo de actuação.

CO n.º 0265
A trombectomia endovascular como fator diferenciador na manutenção da empregabilidade

Guilherme Camões(1);Inês Antunes Cunha(1);Margarida Gaudêncio(2);Carolina Fernandes(1);Alexandra Silva(1);Joana Lopes(1);Carmo Macário(1);Cristina Machado(1);Carla Cecília(1);José Coelho(1);Ricardo Varela(1);Bruno Rodrigues(1);Luís Cruz(1);César Nunes(1);Ricardo Veiga(1);Orlando Galego(1);Egídio Machado(1);Gustavo Santo(1);Fernando Silva(1);João Sargento-Freitas(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é um evento que condiciona a capacidade funcional futura caso não seja tratado atempadamente. A trombectomia endovascular (TEV) está associada a uma melhor recuperação da funcionalidade global após um AVC isquémico. É conhecido que a fibrinólise é um fator preditivo positivo para a empregabilidade. No entanto, o impacto da TEV sobre a empregabilidade ainda não é conhecido.
Objetivo: Determinar o retorno à atividade laboral em doentes com AVC isquémico submetidos a trombectomia
Material e métodos: Estudo caso-controlo incluindo todos os doentes com AVC isquémico por oclusão de grande vaso (OGV) admitidos em hospital terciário entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019, idade inferior a 70 anos e com emprego remunerado até à data de instalação sintomática. O retorno à atividade laboral e status funcional, através da escala Modified Rankin Scale for Neurologic Disability (mRs) foram avaliados 1 ano após o AVC e comparou-se com um grupo de doentes empregados, com idade inferior a 70 anos e AVC isquémico com OGV, mas que não foram tratados com TEV, após ajuste dos fatores confundidores. Recorreu-se ao IBM®SPSS® Statistics version 26 para a realização da análise estatística. A associação ao retorno à atividade laboral foi estudada recorrendo a testes univariáveis. A comparação entre grupos foi realizada recorrendo a testes univariáveis e a regressão logística ajustada para os fatores confundidores, para as diferenças entre grupos e para a severidade clínica. Considerou-se um valor de p inferior a 0,05 como estatisticamente significativo.
Resultados: Até à data estão incluídos 138 doentes tratados com TEV com idade mediana 55 (IQR 13) anos, 58% são do sexo masculino e com NIHSS à admissão mediano de 17 (IQR 12). 1 ano após o AVC, 69 (50%) estão empregados, 83 (60.1%) estão funcionalmente independentes e 62 (44.9%) não apresentam incapacidades. A empregabilidade 1 ano após o AVC está associado a idades mais jovens [52(IQR 16) vs. 60(IQR 14), p<0.001] e a mRS mais baixos [1(IQR 2) vs. 3.5(4), p<0.001)]. O grupo controlo incluiu 70 doentes com idade mediana de 64 (IQR 15) anos, 60% são do sexo masculino, e com NIHSS à admissão mediano de 15 (IQR 10). 1 ano após o AVC estes doentes estavam menos frequentemente empregados (50% vs. 21.4%, p=0.008). Após ajuste para possíveis fatores confundidores a TEV está associada a maior frequência de empregabilidade (OR: 3.1; IC95%: 1.3-8.4; p=0.008).
Conclusão: A trombectomia em doentes com AVC com OGV está associada a uma maior empregabilidade 1 ano após o AVC, independentemente do mRS, demonstrando o seu marcado impacto social.

CO n.º 0267

Síndrome de QT longo adquirido: Foco no Serviço de Urgência

Guilherme Camões(1);Diogo de Almeida Fernandes(1);Diana m. Ferreira(1);Carolina Queijo(2);Carlos Fontes-Ribeiro(2);Lino Gonçalves(1);Rui Pina(1);Natália António(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: O Síndrome de QT longo (SQTL) é uma condição rara e heterogénea que pode ser congénita ou, mais frequentemente, adquirida. Caracteriza-se por um prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma (ECG) e está associado a morte súbita cardíaca (MSC). A identificação de fatores precipitantes de SQTL adquirido (SQTLa) é crucial de forma a minimizar o risco de MSC. A prevalência mundial de SQTLa no Serviço de Urgência (SU) é desconhecida.
Objetivo: Determinar a prevalência do SQTLa e caracterizar os fatores que levam a esta síndrome em doentes que recorreram ao SU.
Materiais e Métodos: Estudo observacional retrospetivo baseado em dados clínicos de adultos admitidos num SU de um hospital terciário entre 28 de janeiro e 17 de março de 2020. O intervalo QT corrigido (QTc) foi determinado através da fórmula de Bazzett. Considerou-se QTc aumentado se ≥470ms nos homens e ≥480ms nas mulheres. Foram excluídos doentes com SQTL congénito, fibrilhação auricular, pacemaker ou cardiodesfibrilhador implantável e aqueles que não realizaram ECG. Variáveis sociodemográficas e clínicas foram recolhidas, incluindo potenciais fatores de risco para prolongamento do intervalo QT. Recorreu-se ao IBM®SPSS® Statistics version 26 para a realização da análise estatística. A análise bivariável foi realizada recorrendo ao teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, para as variáveis categóricas e ao teste t student para as variáveis contínuas. Para a determinação dos odds-ratio (OR) recorreu-se a regressão logística. Considerou-se um valor de p inferior a 0,05 como estatisticamente significativo. Procedeu-se também a análise do subgrupo de doentes com intervalo QTc severamente aumentado definido como intervalo QTc superior a 500ms.
Resultados: Foram identificados 383 ECGs com prolongamento do intervalo QTc correspondendo a uma prevalência de SQTLa de 7,81% (nº ECGs total após aplicados critérios de exclusão = 4900). Doentes com SQTLa são na sua maioria homens (53,3%) com 73.49±14.79 anos de idade com um intervalo QTc de 505,3±32,4ms. Apenas 20,4% dos doentes são sintomáticos. Destes, o sintoma mais frequente foi síncope (n=39; 50%). Não foram identificadas arritmias ventriculares. Doentes com QTc > 500ms são mais frequentemente mulheres (p<0.001) ou estão sob fármacos prolongadores do intervalo QT (p=0.025). Antibióticos (OR 4.680), género feminino (OR 2.473) e antipsicóticos (OR 1.925) são os fatores que mais contribuem para o prolongamento do intervalo QT.
Discussão e Conclusão: Verificamos que o SQTLa apresenta uma prevalência no SU que não deve ser negligenciada. Mulheres sob antipsicóticos e antibióticos estão em elevado risco. Esforços devem ser realizados de forma a alertar a comunidade médica para a importância da reconciliação terapêutica e para um controlo cuidadoso dos fatores de risco de forma a reduzir o risco de disritmias.

CO n.º 0333
Efeito protector da vacinação contra SARS-Cov2 nos doentes com COVID19 admitidos numa UCI portuguesa

Sara Moutinho Pereira(1);Teresa Medeiros(1);César Ribeiro(2);Daniela Carvalho(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A 11 de Março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou como pandemia global a infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV2), causadora da doença COVID19. A alta transmissibilidade do vírus e o facto de 5-15% dos doentes desenvolverem doença grave com necessidade de admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI) levou à criação de planos de contingência. Vários estudos mostraram que a idade avançada e a presença de doença crónica, nomeadamente cardiovascular, se associam a doença mais grave e a maior mortalidade. A insuficiência respiratória (IR) é a forma mais comum de falência de órgão contribuindo para 90% das mortes por COVID-19 em UCI.
Objetivo: O objectivo central foi analisar o efeito da vacinação completa na sobrevivência dos doentes internados com COVID19 num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital português e na necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), durante a 2ª metade do ano de 2021.
Material e Métodos: Este é um estudo observacional retrospectivo, sendo a amostra composta pela totalidade de doentes admitidos no SMI entre 01/07 e 31/12 de 2021. Os dados foram colhidos por consulta directa dos processos clínicos e a sua análise estatística realizada com o software SPSS.
Resultados: Foram admitidos 109 doentes que estiveram internados em média durante 9,4 dias nesta UCI. Quanto à vacinação, 54 receberam pelo menos 1 dose de vacina contra o SARS-Cov2 e 53 não receberam nenhuma. Quarenta completaram o esquema de vacinação, enquanto 13 tinham uma vacinação incompleta. Foram excluídos 2 doentes por não ser possível apurar o estado vacinal e 1 por não se saber a data de administração da última dose de vacina.
Relativamente aos factores de risco vasculares (FRV), 44% eram obesos, 28% tinham diabetes mellitus, 36% dislipidemia e 43% hipertensão arterial (HTA). No total, 99 apresentaram pneumonia, tendo quase todos desenvolvido IR grave e 26% acabaram por ser submetidos a VMI. Houve menos casos de doentes que necessitaram de VMI no grupo com vacinação completa, relativamente aos restantes. Quatro doentes necessitaram de ECMO, tendo sido transferidos para outra unidade hospitalar.
Faleceram 13 doentes no SMI e 2 vieram a falecer na enfermaria, traduzindo-se numa mortalidade de 13,7%. No grupo dos doentes com vacinação completa a mortalidade foi 7,5%, sendo 15,1% nos restantes. Usando o modelo de regressão de Cox, constatou-se que a vacinação completa aumentou a sobrevivência dos doentes, ajustando para as variáveis sexo, idade e um conjunto de doenças crónicas (HR=0,036; p=0,001). A presença de HTA prévia diminuiu significativamente a sobrevivência dos doentes, ajustando para as mesmas variáveis (HR=7,706; p=0,018). O mesmo efeito não foi observado para os restantes FRV nem para as outras doenças crónicas estudadas.
Conclusões: A vacinação completa para o SARS-Cov2 aumentou a sobrevivência dos doentes com COVID19 admitidos no SMI durante a 4ª e 5ª vagas da pandemia em Portugal. A existência de HTA foi a única comorbilidade com um impacto negativo significativo na sobrevivência destes doentes. Esta análise permite fazer o retrato de um

momento irrepetível ocorrido numa UCI durante uma fase específica da pandemia COVID19.

CO n.º 0365

Derrame pericárdico no internamento – Casuística de 2020

Ana Luísa Silva(1);Catarina Reigota(1);Filipe Vilão(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O derrame pericárdico (DP) tem diversas etiologias e pode apresentar-se desde uma forma assintomática até uma emergência ameaçadora de vida. O ecocardiograma é o exame de eleição em doentes com suspeita de DP.
Objetivo: Caracterizar a população de doentes internados em 2020 com DP no serviço de Medicina Interna de um hospital central.
Material e Métodos: Seleção de doentes internados no serviço de Medicina Interna em 2020 com diagnóstico principal ou secundário de "Derrame pericárdico–não inflamatório" ou "Tamponamento cardíaco" (pesquisa pelo ICD), totalizando 32 doentes. Análise estatística com SPSS® V28.0.
Resultados: A média de idades da amostra foi de 77,63 anos (±10,17), sendo 65,6% do sexo masculino e 34,4% do feminino. A duração média do internamento foi de 13,47 dias (±8,66). Registou-se uma prevalência elevada de hipertensão arterial (78,1%) e insuficiência cardíaca (53,1%). Dezasseis doentes tinham antecedentes neoplásicos conhecidos.
O DP foi o motivo de internamento em 28,1% dos doentes. Os sintomas mais prevalentes foram a dispneia, ortopneia e náuseas/vómitos. O ecocardiograma foi o método diagnóstico inicial em 56,3% dos casos. Os restantes foram diagnosticados através de tomografia computorizada.
As etiologias atribuídas aos DP foram variadas, sendo que a causa mais frequente nesta amostra foi a neoplásica (21,9%), com destaque para a neoplasia gástrica e mieloproliferativa. Seguiram-se as causas infeciosa, cardíaca, traumática e urémica. Em 28,1% dos casos não foi objetivada causa, apesar de ter sido realizada investigação etiológica.
Os DP crónicos (>3 meses) foram os mais prevalentes nesta série (37,5%). Nestes, a causa mais frequentemente identificada foi a neoplásica. Registou-se elevada percentagem (46,9%) de DP volumosos (>20 mm). Dentro da causa neoplásica, 71,5% dos DP eram moderados/volumosos.
Ocorreu tamponamento cardíaco em 6 doentes (18,8%), todos eles com DP volumosos. Nos DP crónicos esta complicação não foi assinalada em nenhum caso. As causas registadas foram a infeciosa, a urémica, a neoplásica e a traumática.
Foi realizada pericardiocentese em 9 doentes, sendo que se procedeu à análise do líquido pericárdico em 8 destes. O estudo do líquido foi diagnóstico em 3 doentes: cultura positiva em 1 (S. aureus) e citologia positiva para células neoplásicas em 2. Este procedimento foi realizado em 60,0% dos doentes com DP volumosos.
As alterações identificadas no estudo sérico etiológico foram raras e inespecíficas. Houve recidiva em 3 doentes, todos com DP volumosos, sendo que as causas registadas nestes foram a neoplásica e a infeciosa. Dois doentes faleceram.
Conclusões: Uma percentagem relevante de doentes permaneceu sem etiologia esclarecida mesmo após estudo complementar alargado. O DP parece ser uma entidade desconsiderada, talvez pela sua forma de apresentação inespecífica, o que poderá justificar o elevado número de DP diagnosticados por tomografia computorizada. Atendendo à difícil abordagem e ao risco de complicações, a pericardiocentese nem

sempre foi realizada, mesmo em DP volumosos, contudo a análise do líquido apresentou valor diagnóstico.

CO n.º 0395

Internamento por IC FEVE reduzida: momento chave para iniciar/otimizar os 4 pilares de tratamento

Sara Rodrigues Silva(1);Joana Certo Pereira(2);Carolina Carrilho Palma(3);Cristina Carvalho Gouveia(4);Bruno Pepe(4);João Rodrigues Barros(5);Nuno Maia Das Neves(6);Sérgio Brito(4);Carolina Coelho(7);Catarina Rodrigues(4);Célia Henriques(4);Inês Araújo(4);Cândida Fonseca(4)
(1) Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano - Hospital do Litoral Alentejano, EPE (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz (3) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (5) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (6) Hospital da Luz Lisboa (7) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: As recomendações internacionais recentes para o tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (IC-FER) e Fração de Ejeção Ligeiramente Reduzida (IC-FELR) preconizam o início simultâneo das 4 classes farmacológicas modificadoras de prognóstico (TMP) – ARNI, beta-bloqueante (BB), inibidor SGLT2 (iSGLT2) e antagonista dos recetores mineralocorticóides (MRA) – tão rapidamente quanto possível, durante o internamento por IC aguda. A hospitalização por IC aguda é, assim, uma oportunidade única para iniciar e titular a TMP.
A reavaliação precoce pós-alta reveste-se de importância fulcral, bem como a introdução do doente num programa multidisciplinar, estruturado, de gestão da IC.
Objetivos: Numa população de doentes com IC-FER e IC-FELR, internados por IC aguda numa unidade de IC de um hospital central, analisar a terapêutica à data da alta no que concerne às 4 classes farmacológicas modificadoras de doença (número de fármacos prescritos e doses) e a sua conformidade com as recentes recomendações internacionais.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo observacional de doentes com IC-FER e IC-FELR, internados por IC Aguda numa Unidade de IC, durante um período de 6 meses (Setembro 2021 a Fevereiro 2022). Os dados foram colhidos através dos processos hospitalares. A análise estatística foi efetuada com base na mediana, média, análise gráfica e utilização de ferramentas de correlação estatística.
Resultados: Foi avaliada a terapêutica farmacológica dirigida à IC pré e pós-alta de 86 doentes internados no período em estudo. Destes 86 doentes foram excluídos doentes com fração de ejeção preservada e recuperada, sendo a população em estudo de 43 doentes, com idade média de 71 anos (entre 43 e 90 anos) e constituída por 74% mulheres. 86% dos doentes apresentava IC-FER e 14% IC-FELR. A média de dias de internamento foi de 10 dias, com uma mediana de 7 dias. Avaliando a TMP, à admissão, apenas 19% estavam medicados com os 4 pilares de tratamento (8 doentes), sendo que destes apenas 2 doentes (25%) estavam medicados com Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) e os restantes com ARNI. Após o internamento, foi possível instituir TMP quádrupla a 15 doentes (37%). Nos restantes doentes não foi possível introduzir a totalidade da TMP por contraindicações que levaram à não instituição ou paragem destes fármacos: hipotensão (ARNI em 15 doentes), disfunção renal (MRA em 3 doentes; ARNI, MRA e iSGLT2 não instituídos simultaneamente em 2 doentes), hipercaliémia (MRA em 4 doentes) ou bradicardia (BB em 3 doentes). Nos doentes que não foi iniciado ARNI por hipotensão, a maioria iniciou IECA em dose

mínima (9 doentes), com tolerância, sendo este o pilar alternativo de tratamento. Desta forma, 24 doentes à data alta encontravam-se sob terapêutica quádrupla (59%), 15 doentes sob ARNI e 9 sob IECA. A taxa de mortalidade da população em estudo foi baixa: faleceram 2 doentes, 1 durante o internamento na unidade e outro após transferência para outra unidade.
Na reavaliação em consulta precoce 10 dias pós-alta, foi possível aumentar a dose, na maioria dos doentes (58%), de pelo menos 1 fármaco da TMP para pelo menos >50% da dose máxima alvo, respeitando as indicações das recomendações.
Conclusões: Este estudo demonstra que é possível e seguro iniciar as 4 classes de fármacos modificadores de prognóstico de IC-FER durante o internamento (<2 semanas) e otimizar a terapêutica em ambulatório a curto prazo, tendo em conta os benefícios precoces dos 4 pilares.

CO n.º 0411

Internamentos prolongados em enfermaria de Medicina Interna

MATILDE RIBEIRO COIMBRA(1);Mélissa Carvalho(1);Maria Inês Telo(1);Maria Carolina Carvalho(1);Beatriz Porteiro(1);João Serôdio(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A duração do internamento hospitalar é um indicador de eficiência e qualidade em cuidados de saúde. O seu prolongamento está pouco estudado, mas associa-se a um aumento dos eventos adversos, da morbimortalidade e dos custos associados a saúde.
Objetivo: Avaliação descritiva dos internamentos prolongados em Medicina Interna e das variáveis relacionadas com o prolongamento do internamento.
Métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes internados num serviço de Medicina durante o ano de 2021. Foram colhidas variáveis demográficas e clínicas através do processo clínico. Considerou-se internamento prolongado quando a duração foi ≥ 30 dias. A análise da morbimortalidade e das variáveis relacionadas com prolongamento do internamento foi realizada através de regressão logística.
Resultados: De um total de 1128 internamentos, com duração mediana de 7 dias, verificaram-se 89 (7,9%) internamentos prolongados, com duração mediana de 43 dias. Os internamentos prolongados foram responsáveis por 34% do número total de dias de internamento. Os motivos para o prolongamento do internamento foram: 56% por motivos sociais, 19% relacionado com o diagnóstico principal de internamento, 18% por intercorrência infecciosa, 3% por outras intercorrências e 3% por outro diagnóstico.
Os doentes com internamento prolongado apresentaram maior número de diagnósticos (9,5 vs. 7,7, p<0,001), e com maior frequência admissão a partir da unidade cuidados intensivos (15,7 vs. 2,7%, p<0,001), passagem pela unidade de cuidados intermédios (UCInt) (41,6 vs. 12,6%, p<0,001), agravamento da dependência no internamento (50,6 vs. 13,5%, p<0,001), dependência total à data de alta (51,7 vs. 16,5%, p<0,001), maior número de infeções nosocomiais (66,3 vs. 17,9%, p<0,001) e permaneceram internados mais frequentemente por motivos sociais (76,4 vs. 16,5%, p<0,001). Verificou-se que o agravamento da dependência se associou ao prolongamento do internamento por motivos sociais (p<0,001).
Na análise multivariada, as variáveis associadas ao prolongamento do internamento foram o agravamento da dependência ao longo do internamento OR 2,14 (IC95% 1,23-3,75, p=0,007), dependência total à data de alta OR 2,99 (IC95% 1,71-5,22, p<0,001), passagem pela UCint OR 3,42 (IC95% 1,03-6,08, p<0,001), infecção nosocomial OR 4,48 (IC95% 2,64-7,63, p<0,001) e prolongamento do internamento por motivo social OR 8,17 (IC95%4,66-14,33, p<0,001).
Conclusão: Os internamentos prolongados foram responsáveis por mais de um terço do total de dias de internamento, apesar de representarem menos de 8% do total dos doentes internados. Em grande parte, o prolongamento foi por motivos sociais. Os internamentos prolongados associaram-se ainda a passagem pela UCInt, agravamento do grau de dependência e aumento de infecções nosocomiais.

CO n.º 0437

Prevalência e tratamento das hiperglicemias num Serviço de Medicina Interna

Rita Soares Costa(1);Daniela Soares(1);João Campos Cunha(1);Marta Brandão Calçada(1);Luís Andrade(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: As hiperglicemias são frequentes durante o internamento na enfermaria de Medicina Interna (MI), não sendo de todo uma situação negligenciável e podendo condicionar aumento da morbimortalidade associada ao internamento. A insulina tem um papel de primazia no tratamento destas hiperglicemias. Contudo, verifica-se a frequente instituição de esquemas terapêuticos constituídos exclusivamente por insulina rápida durante períodos prolongados, o que não traduz um controlo eficaz e pode potenciar o aparecimento de complicações, sendo por isto não recomendado.

Objetivo: Avaliação do controlo glicémico e terapêutica instituída nos doentes internados num Serviço de MI, a 21 de outubro de 2021.

Materiais e Métodos: Análise retrospetiva de dados disponíveis no processo clínico informático, estudo estatístico com recurso a SPSS v.26.

Resultados: Foram avaliados 89 doentes, com predomínio do sexo feminino (55,1%), idade mediana de 82 anos (amplitude interquartil (AIQ) 9 anos) e duração mediana de internamento de 11 dias (AIQ 9 dias); a taxa de mortalidade foi de 15,7%. Verificou-se diagnóstico prévio de Diabetes mellitus (DM) ou pré-diabetes em 36% dos doentes. Nenhum doente apresentou como motivo principal de internamento descompensação da DM, mas 10,1% apresentaram-na ao longo do internamento; adicionalmente 6,7% registaram hiperglicemias. A média de HbA1c prévia ao internamento foi de 7,4 ± 0,19 %, sendo que apenas 15,4% dos 32 doentes diabéticos tinham medições de HbA1c nos 3 meses prévios à admissão hospitalar. Nas primeiras 24 horas de internamento verificou-se uma mediana de 3 medições de glicemia capilar (AIQ 2), com uma mediana de glicemia capilar em jejum de 117 mg/dL. Os valores glicémicos capilares pós-prandiais foram significativamente mais elevados nos doentes diabéticos relativamente aos doentes sem diabetes (p=0,001). Dos doentes avaliados, 35 apresentaram hiperglicemias sustentadas por mais de 48 horas, sendo que destes 62,9% tinham previamente DM e que 62,9% mantiveram esquema contemplando apenas insulina rápida em monoterapia. Foram detetadas hipoglicemias em 7 doentes, 4 delas consequentes a ajuste terapêutico. Verificou-se uma HbA1c mediana no internamento de 6,4% (AIQ 1,9) num total de 12 determinações. À data de alta, a maioria dos doentes foi medicado com antidiabéticos orais, nomeadamente biguanida e inibidores da dipeptidil peptidase 4.

Conclusão: A DM tem uma elevada prevalência no internamento. Verifica-se a manutenção da inércia terapêutica quanto ao início ou ajuste de insulinoterapia em esquema basal-bólus, continuando a ser preferida insulina rápida isoladamente, apesar das suas desvantagens comprovadas. Adicionalmente, a prescrição de fármacos antidiabéticos com impacto em outcomes clínicos, como são os inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 e os agonistas dos receptores do GLP-1, mantém-se reduzida à data de alta.

CO n.º 0441

Risco de reinternamento em idosos internados num serviço de Medicina Interna

Joana Correia Lopes(1);Mário Amaro(1);Manuel Teixeira Veríssimo(2)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A maioria dos doentes internados nos serviços de Medicina Interna são idosos. Dada a elevada prevalência de doenças crónicas e condições como a fragilidade, os internamentos recorrentes são uma realidade para muitos idosos. Conhecer os determinantes e motivos de reinternamento pode ajudar a um melhor acompanhamento do doente, antecipando problemas e prevenindo recorrências.
Objetivo: definir a prevalência, determinantes e diagnósticos de re-internamento em idosos internados num serviço de Medicina Interna.
Material e Métodos: O presente estudo teve um desenho observacional, retrospetivo, longitudinal, e analisou os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados num serviço de Medicina Interna de um hospital central no ano de 2019.
Resultados: No ano de 2019 foram internados 2841 doentes no serviço de Medicina Interna. Destes, 2309 (81,27%) tinham idade igual ou superior a 65 anos. Foram incluídos na análise estatística 2133 doentes, com uma média de idade de 80,98 anos, com o género feminino a representar 54,7% da amostra.
Verificaram-se 675 reinternamentos no período de 1 ano após o internamento inicial (mediana de 1 internamento), correspondente a 37,0% dos doentes que tiveram alta do internamento. Os reinternamentos ocorreram em mediana 72 dias após o internamento inicial, sendo que 18,3% foram por motivos diferentes do internamento original e 13,2% por motivos semelhantes ao internamento original. Os reinternamentos que ocorreram por motivos semelhantes ao internamento original foram principalmente por doença infeciosa respiratória ou doença crónica, particularmente insuficiência cardíaca descompensada. Os homens mostraram um risco relativo superior de serem reinternados (p=0,012). Doentes mais complexos (maior número e carga de comorbilidades, maior número de fármacos tomados diariamente, seguimento em mais consultas hospitalares, mais diagnósticos do internamento) tiveram maior probabilidade de reinternamento (p>0,001). O internamento prévio e recurso frequente ao serviço de urgência parecem ser preditores de reinternamento.
Conclusões: As infeções respiratórias parecem ser uma causa importante de reinternamento de doentes idosos, a par da doença crónica. Uma forte aposta em medidas preventivas, nomeadamente na vacinação anti-pneumocócica e da gripe sazonal, tantas vezes ignorada pelos doentes idosos, pode ser particularmente importante. O acompanhamento regular de doentes crónicos, bem como o ensino sobre a doença e potenciais fontes de exacerbação pode ajudar a mitigar o problema do reinternamento.

CO n.º 0456

Nível de ruído numa enfermaria de medicina e cirurgia – estudo prospetivo

Emília Monteiro(1);Mariana Alves(2);Francisca Sarmento(2);Nayibe Gutierrez(2);Gloria Silva(2);Teresa Fonseca(2)
(1) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A Organização Mundial de Saúde recomenda que os níveis de ruído em meio hospitalar não devem ultrapassar os 35dB de ruído diurno médio, os 40dB de ruído noturno máximo e os 30dB de ruído noturno médio. No entanto, a perceção subjetiva da realidade das enfermarias é bastante distinta relativamente a estas recomendações.
Objetivo: Quantificar e comparar o nível de ruído diurno e noturno em duas enfermarias, uma de medicina interna e outra de cirurgia torácica.
Material e Métodos: Estudo observacional, prospetivo, para quantificação do ruído utilizando um dispositivo smartphone (Apple iOS). O smartphone foi colocado no corredor central de cada enfermaria. Foi definido o período noturno entre as 22H e as 8H e diurno entre as 8H e as 22H. Foram registados dados de valores mínimos (LAmin), médios (LAeq) e máximos (LAmax) de ruído e foi realizada uma análise estatística dos dados.
Resultados: Os níveis de ruído diurno e noturno em ambas as enfermarias foram muito superiores às recomendações internacionais.
No período diurno, não houve diferença entre os níveis de ruído das duas enfermarias (LAeq 59.97 +/- 1.64 dB na medicina vs 59.05 +/- 1.49 dB na cirurgia – p =0.23).
Na enfermaria de medicina interna, durante o período noturno, o ruído médio foi de 55.10 +/- 2.62 dB, enquanto na cirurgia torácica foi inferior 50.10 +/- 3.08 dB com diferença estatística (p<0.001). Da mesma maneira o valor mínimo e máximo nocturno foi estatisticamente superior no serviço de medicina (97.59 +/- 4.6 dB vs 88.81 +/- 4.91 dB – p <0.001; 29.76 +/- 2.31 dB vs 31.83 +/- 1.73 dB – p =0.002).
Conclusões: O estudo confirma que o ruído, em ambas as enfermarias, é superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Durante o período noturno os níveis de ruído na enfermaria de medicina foram superiores aos da cirurgia.

CO n.º 0532

Internamentos sociais – uma problemática emergente

Marta Azevedo Ferreira(1);Joana Marques(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Filipa Nunes(1);Rita Miranda(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: O aumento da esperança média trouxe novas problemáticas ao mundo social e da saúde, nomeadamente no aumento do número e da complexidade das doenças crónicas, que se traduzem numa gestão mais laboriosa em internamento, e muitas vezes num prolongamento dos internamentos hospitalares para além do período clinicamente necessário, face à incapacidade de fornecer adequadas e atempadas respostas sociais.

Objetivo: Quantificar e aferir o motivo de permanência em internamento hospitalar após alta clínica e complicações decorrentes desse prolongamento.

Material e Métodos: Foram avaliados os doentes que permaneceram internados ao cuidado da Medicina Interna durante os dias úteis de uma semana, entre os dias 2 a 6 de maio. Foi realizada uma estatística descritiva da população observada.

Resultados: Durante a semana analisada encontravam-se internados ao cuidado de Medicina Interna em média 193 doentes, sendo que 55 encontravam-se a aguardar resolução social. A média de idades dos doentes internados era de 78 ± 11 anos. A média do tempo de internamento clínico foi de 20 dias, mas a média do nº de dias de internamento hospitalar subiu para 59.
A maioria dos doentes que permaneceu internado provinha do domicílio (n=39), sendo que 6 desses tiveram alta efetivada ainda no serviço de urgência, mantendo-se internados para resolução do quadro social.
42% dos doentes (n=23) alteraram o seu grau de autonomia face ao estadio prévio. A maioria dos doentes (n=25) encontrava-se a aguardar integração na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), mas também estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI) (n=19).
Durante o prolongamento do internamento hospitalar cerca de 53% (n=29) dos doentes apresentaram agudização clínica, sobretudo com intercorrências infeciosas, tendo um doente vindo a falecer.

Conclusões: O fenómeno de prolongamento do tempo de internamento clínico repercute-se na demora de internamentos urgentes e programados e utilização indevida de recursos materiais e de recursos humanos, tornando mais complexa a avaliação das equipas clínicas.
É evidente a carência de respostas sociais quer ao nível de RNCCI, quer de ERPIs.
Este trabalho permite, por um lado, ilustrar o número real de internamentos sociais na nossa unidade hospitalar e o peso que estes acarretam, mas também evidenciar as inúmeras complicações decorrentes do prolongamento desta situação.

CO n.º 0613

Um ano de uma enfermaria COVID num hospital distrital

Vasco Gaspar(1);Marta Orantos(1);Maria Inês Santos(1);João Cardoso(1);Claudia Alves(1);Bernardo Silva(1);Marta Cerol(1);Cátia Correia(1);Patricia Simões(1);Márcia Pinto(1);Inês Ambrioso(1);Luis Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Pandemia por COVID-19 foi declarada pela OMS a 11 de Março de 2020. Em Portugal, o primeiro caso foi reportado a 2 de Março de 2020.
O objectivo deste trabalho foi caracterizar a população de doentes internados numa enfermaria COVID de um hospital distrital durante um ano. Para isso foram consultados os processos clínicos dos doentes internados entre Março de 2020 e Março de 2021.
Estiveram internados 552 doentes, na sua maioria homens (51,27%, n=283). A média de idades foi de 74 anos (mín. 19, máx. 103). A mediana foi de 78 anos, sendo que o 1º quartil foi nos 64 anos e o 3º quartil nos 87 anos.
Uma parte importante dos doentes (42,75%, n=236) eram institucionalizados em lares, casas de acolhimento ou unidades de convalescença. Cerca de 48% dos doentes eram autónomos nas suas actividades de vida diária. A grande maioria (84,06%, n=464) dos doentes foi internada a partir do SU, sendo que ma pequena parte (4,71%, n=26) veio da UCI; alguns doentes (7,34%, n=41) provinham de enfermarias não COVID e os restantes de outros hospitais ao abrigo do plano de contingência. A média de dias de internamento foi de 10 dias e a mediana nove dias (máx. 137; mín. 0).
Em relação à gravidade de apresentação de doença ,segundo a norma da DGS nº 0042020, a maioria (41,67%, n=230) dos doentes apresentou doença grave, seguido por doença crítica (24,87%, n=137), doença moderada (14,13%, n=78), infecção assintomática (11,41%, n=63) e doença ligeira (7,97%, n=44).
A norma da DGS nº 0042020 descreveu também condições associadas a evolução para COVID-19 grave (Imunossupressão grave, idade superior a 60 anos, ou doenças crónicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Insuficiência Cardíaca (IC), Doena Renal Crónica (DRC), Cirrose hepática, Diabetes mellitus (DM), Obesidade, entre outras). A frequência das condições mais frequentemente observadas foram idade superior a 60 anos (n=449; 79,90%), seguido de de DM (n=188; 33,45%), IC (n=113; 20,11%), Obesidade (n=96; 17,08%), DPOC (11,05%, n=61).
Como seria de esperar, o diagnóstico principal mais frequente (n=390; 70,65%) foi a Pneumonia a SARS CoV-2, seguindo-se de AVC isquémico, Pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, DRC agudizada, IC descompensada, Infeção por SARS CoV-2 e Sépsis.
A grande maioria dos doentes (n=420; 76,09%) realizou oxigenioterapia, 31 doentes (5,62%) realizaram VNI e 30 doentes (5,43%) estiveram sob VMI. O desconhecimento inicial da doença e a falta de armas terapêuticas com eficácia comprovada foi um dos principais desafios na abordam destes doentes. Nos meses iniciais da pandemia os casos com pneumonia ou insuficiência respiratória eram tratados com hidroxicloroquina e alguns com antiretrovirais (lopinavir/ritonavir). O estudo RECOVERY veio sedimentar o papel da cortioterapia, uma parte importante dos doentes internados (n=242; 43,84%) realizou corticoterapia, na sua maioria dexametasona. Alguns doentes (n=45; 8.15%) realizaram terapêutica antirretroviral. Apenas 2 doentes tinham feito uma toma de vacina.
A taxa de mortalidade foi de 28,08% (n=155). A esmagadora maioria dos doentes teve como causa de morte a Pneumonia a SARS CoV-2. Estes doentes tinham em média 83

anos (máx. 103 e mín. 27); eram na maioria (n=86; 53,09%) homens, dependentes (n=107; 66,05%) e residentes em lares ou casas de acolhimento (n=110; 67,09%).
A COVID 19 foi uma doença com elevada taxa de mortalidade na era pré vacinação, para isso contribuiu a falta de elementos modificadores de doença, escassez de vagas em UCI-COVID e sobrecarga dos serviços.

CO n.º 0642

Disfunção erétil, uma complicação microvascular precoce em adultos com diabetes mellitus tipo 1

Pedro Gomes Santos(1);Bárbara Oliveira(1);Sofia Amálio(1);Mihail Mogildea(1);Ana Lopes(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A disfunção erétil (DE), definida como a incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção peniana suficiente para a satisfação sexual, está frequentemente associada à presença de diversos fatores de risco cardiovasculares. A alta prevalência de microangiopatia, disfunção endotelial e neuropatia em homens com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) torna-os mais suscetíveis ao desenvolvimento de DE. Esta é geralmente mais grave e menos responsiva à terapêutica farmacológica em comparação com a população geral, traduzindo-se num impacto na qualidade de vida e saúde mental destes doentes.

Objetivos: Avaliar prevalência da DE em doentes com DM1, bem como a associação com o controlo glicémico, outras comorbilidades e outras complicações microvasculares.

Materiais e métodos: Este é um estudo de coorte retrospetivo de homens adultos com DM1 seguidos em consulta de Diabetologia, com os seguintes critérios de elegibilidade: (1) idade ≥18 anos e ≤60 anos, (2) relacionamento estável ou masturbação nos 6 meses anteriores e (3) ausência de toma de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5I). Excluíram-se doentes com outras comorbilidades: neoplasias, transtornos psiquiátricos (incluindo depressão major), doenças neurológicas, cirurgias urológicas ou trauma pélvico nos 6 meses anteriores, toxicofilia ou etilismo crónico. A presença da DE foi avaliada pelo preenchimento do Índice Internacional de Função Eréctil (IIEF-5) validado para a população portuguesa e os dados clínicos e analíticos foram obtidos por consulta do processo clínico. A análise estatística foi realizada com uso do programa SPSS (versão 28.0.1, SPSS, Chicago, IL, EUA).

Resultados: Incluímos 107 doentes (37,5 ±10,4 anos), com 19 ±11 anos desde o diagnóstico de DM1. Apresentavam um índice de massa corporal (IMC) médio de 24,9 ±4,3 kg/m2 e uma hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,35% (7,5; 9,93). A DE encontrava-se presente em 42,1% dos indivíduos (17,8% ligeira, 15,9% ligeira a moderada, 6,5% moderada e 1,9% severa). A idade dos doentes, bem como o tempo desde o diagnóstico de DM1 associaram-se à presença de DE, bem como a uma maior gravidade. Encontrou-se também uma associação estatisticamente significativa entre a presença de DE e o diagnóstico prévio de nefropatia (odds ratio 2,87 [95% intervalo de confiança 1,15-7,14], p=0,02) e retinopatia diabética (odds ratio 2,63 [95% intervalo de confiança 1,14-6,01], p=0,02). No entanto, estas outras complicações microvasculares não se correlacionaram com a gravidade da DE. Também não foram observadas correlações entre os últimos valores do controlo glicémico (HbA1c), perfil lípido, IMC ou a presença de outras comorbilidades (hipertensão arterial, tabagismo, doença coronária) e a presença ou gravidade da DE.

Conclusões: A DE é uma complicação microvascular frequente nos indivíduos com DM1, associada à presença de outras complicações microvasculares. A sua instalação

pode ser precoce e acarreta implicações psicossociais importantes. A ausência de correlação entre a DE e o último valor da HbA1c explica-se, uma vez que este valor apenas reflete o controlo glicémico nos meses anteriores, não permitindo inferir o atingimento microvascular da DM1 com vários anos de evolução e mau controlo glicémico no passado. Deste modo, deve-se proceder à pesquisa de DE de forma rotineira, principalmente em doentes já com outras lesões de órgão, como a nefropatia e retinopatia.

CO n.º 0658

Dislipidemia e síndrome metabólica em pessoas que vivem com VIH, uma caraterização epidemiológica

Pedro Gomes Santos(1);Rita Rosa Domingos(1);Joana Lopo(1);Pedro Reboredo(1);Fábio Emídio(1);Ana Isabel Rodrigues(1);Cristina Sousa(1);José Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) está associada a diversas alterações metabólicas, decorrentes da infeção crónica e da terapêutica antirretroviral, nomeadamente a dislipidemia (DP) e a síndrome metabólica (SM). A DP associada à infeção por VIH apresenta-se tipicamente com elevação dos triglicerídeos (TG), redução do colesterol HDL (cHDL) e aumento variável do colesterol LDL (cLDL) e total (CT). Quando comparado com a população geral, o risco de doença coronária está aumentado em pessoas que vivem com o VIH (PVV), tornando-se essencial identificar e controlar estes fatores de risco cardiovasculares modificáveis.
Objetivos: Determinar a prevalência e preditores de DP e SM em PVV.
Materiais e métodos: Este é um estudo de coorte retrospetivo de adultos com infeção por VIH seguidos em consulta de imunodeficiência. A dislipidemia foi definida como CT ≥200 mg/dL, ou TG ≥150 mg/dL, ou cLDL ≥130 mg/dL, ou cHDL <40 mg/dL, ou uso de medicamentos antidislipidémicos. O diagnóstico de SM foi estabelecido com base nos critérios de diagnóstico da American Heart Association. A comparação da prevalência de DP com a população portuguesa foi feita com base no relatório “Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa”, publicado em 2019 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Os dados clínicos e analíticos foram obtidos por consulta do processo clínico e a análise estatística foi realizada com uso do programa SPSS (versão 28.0.1, SPSS, Chicago, IL, EUA).
Resultados: Incluímos 182 indivíduos (50,1 ±12,3 anos), com 15 (9; 21) anos desde o diagnóstico de infeção por VIH. Apresentavam uma contagem de linfócitos T CD4+ de 551 (339; 794) cel/µL e um rácio CD4/CD8 de 0,715 (0,42; 1,103), sendo atingida supressão virológica em 85,7%. A SM encontrava-se presente em 25,8% dos indivíduos e a DP em 69,8%. O aumento da idade associou-se a uma maior frequência de SM (p=0,003) e de DP (p=0,006), sem diferenças significativas entre sexos, nem relação com o tempo desde o diagnóstico de infeção por VIH. Valores mais elevados do rácio CD4/CD8 associaram-se a uma menor prevalência de SM (p=0,038) e de DP (p=0,01), não se observando esta associação com valores de CD4 ou supressão virológica. Quando comparamos estes indivíduos com a população geral, observamos uma menor prevalência de elevação do CT (28,0% e 56,3%, respetivamente) e do cLDL (34,6% e 51,5%), uma prevalência maior de cHDL baixo (24,7% e 14,0%), sem diferenças na prevalência de hipertrigliceridemia (19,7% e 18,6%).
Conclusões: A DP e a SM apresentaram uma alta prevalência na nossa população, associando-se a faixas etárias mais elevadas. O aumento da esperança de vida nas PVV, graças à terapêutica antirretroviral, leva a uma necessidade de monitorizar e controlar estes fatores de risco cardiovasculares associados à idade. Já foi previamente descrita uma associação entre um baixo rácio CD4/CD8 e a senescência imunológica, sendo um preditor de morbilidade e mortalidade. A associação aqui encontrada entre um rácio baixo e a presença de DP e SM sugere que este é um parâmetro a ser valorizado no seguimento e controlo da infeção por VIH, bem como dos fatores de risco cardiovasculares nestes indivíduos.

CO n.º 0687

Helicobacter Pylori e o impacto do Vírus da Imunodeficiência Humana na inflamação gástrica

João Carlos Gonçalves(1);Daniela Casanova(1);Helena Sarmento(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A Helicobacter pylori (H. Pylori) é causa da infeção bacteriana mais prevalente no mundo, sendo um carcinogéneo bem conhecido. Estudos prévios evidenciam que doentes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) têm menores taxas de infeção gástrica pela H. Pylori. Valores inferiores de linfócitos CD4+ correlacionam-se com menos infeção por este bacilo Gram-negativo, embora ainda não se entenda totalmente o motivo. Adicionalmente, desconhece-se se a infeção por VIH, em particular com níveis baixos de linfócitos CD4+, protege contra a progressão da gastrite superficial, causada pela H. Pylori, para atrofia e metaplasia intestinal da mucosa gástrica.
Objetivos: Avaliar em doentes VIH a relação dos níveis de linfócitos CD4+ na taxa de infeção por H. Pylori e na progressão para gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal.
Métodos: Selecionaram-se doentes com diagnóstico de VIH que realizaram Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsias da mucosa gástrica com pesquisa de H. Pylori, e que tinham contagens dos linfócitos CD4+ e CD8+ nos 6 meses peri-procedimento.
Resultados: Foram incluídos 56 doentes, 70,4% do sexo masculino, com médias de idade de 49,6 anos e seguimento de 7,7 anos após o diagnóstico de infeção por VIH. A prevalência da infeção por H. Pylori foi de 42.9%. Doentes infetados por H. Pylori apresentaram níveis mais elevados de linfócitos CD4+ (670,1 ± 422,7 vs. 415,8 ± 245,7, p=0.013) à data da EDA. Como expectável, os níveis de linfócitos CD8+ em doentes com e sem infeção por H. Pylori não apresentou diferenças significativas (966,4 ± 553,1 vs. 764,6 ± 444,4, p=0.139). Houve uma associação entre indivíduos com contagens, à data da EDA ou anterior, de linfócitos CD4+≤50/µl, que aumenta a suscetibilidade a infeções bacterianas e preconiza profilaxia com macrólidos, e pesquisas de H. Pylori negativas (p=0.022). Este achado apoia a hipótese de que doentes VIH com contagens inferiores de linfócitos CD4+ erradicam a H. Pylori em virtude da toma de antibióticos. Na análise de subgrupos, todos os doentes com infeção por H. Pylori tinham gastrite e, destes, 30.4% tinham gastrite crónica atrófica e metaplasia intestinal. Curiosamente, verificou-se que, dos doentes com pesquisa negativa para H. Pylori, 51.6% tinham gastrite e, destes, 68.8% tinha gastrite crónica atrófica e 62.2% metaplasia intestinal. Os níveis de linfócitos CD4+ não foram diferentes entre indivíduos com e sem atrofia e metaplasia intestinal, independentemente da presença de infeção por H. Pylori, sugerindo que níveis mais baixos de linfócitos CD4+ não protegem da progressão de gastrite superficial para gastrite atrófica e metaplasia intestinal da mucosa gástrica.
Conclusões: Doentes com infeção pelo VIH com menor número de linfócitos CD4+ têm uma taxa de infeção por H. Pylori inferior, que se associou à toma de antibióticos. Níveis inferiores de linfócitos CD4+ não são protetores da progressão para atrofia e metaplasia intestinal da mucosa gástrica.

CO n.º 0699

Rastreio de Diabetes e Pré-Diabetes em Doentes Hospitalizados num Serviço de Medicina Interna

João Dinis Martins(1);Ana Rita Ambrósio(1);Henrique Pina(1);Bárbara Rodrigues(1);Carolina Abreu(1);Catarina Santos(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Pedro Moules(1);Rita Palma Féria(1);Hugo Pêgo(1);Sílvia Guerra(1);Cristina Valadas(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
Segundo os últimos dados do Observatório da Diabetes (2018), estima-se que, na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos, haja uma prevalência de Diabetes de 13.6% sendo que, destes, apenas 56% conheceriam o diagnóstico. Alargando-se o espectro a situações de Pré-Diabetes, sabe-se que, para a mesma população, a prevalência conjunta é de 41.6%. Considerando a pandemia a SARS-CoV-2 e as medidas restritivas que daí advieram, bem como a pressão no sistema de saúde, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, receia-se que, neste momento, haja mais Diabéticos e Pré-Diabéticos não diagnosticados em Portugal.

Objetivo:
Com este estudo, pretendeu-se determinar a prevalência de casos não diagnosticados de Diabetes e Pré-Diabetes na população-tipo de um Serviço de Medicina Interna e, desta forma, inferir acerca da pertinência de realização de uma determinação de Hemoglobina Glicada (HbA1c) por rotina, a todos os doentes admitidos, considerando a realidade local.

Material e Métodos:
Neste estudo transversal observacional descritivo, durante 15 semanas consecutivas, foram analisados todos os doentes admitidos a cargo de um serviço de Medicina Interna. Foram excluídos doentes com diagnóstico prévio de Diabetes, com patologias ou condições que interferissem com o doseamento de HbA1c e ainda aqueles que, por critérios de ordem clínica ou ética, não beneficiassem do presente rastreio. Após identificação dos doentes elegíveis e obtenção de Consentimento Informado, foi feita uma determinação de HbA1c. De acordo com o valor obtido, os doentes foram classificados como “Sem Diabetes”, “Pré-Diabetes” e “Diabetes” e calcularam-se as respectivas taxas de prevalência.

Resultados:
Durante o período analisado, registaram-se cerca de 500 doentes internados, dos quais cerca de metade foram excluídos pelos critérios acima descritos. Dos doentes elegíveis, verificou-se que, cerca de metade dos doentes apresentavam Pré-Diabetes ou Diabetes. Por sua vez, os doentes com Diabetes diagnosticada de novo corresponderam a cerca de 10% da população elegível.

Conclusões:
Com este estudo, pretende-se consciencializar para a elevada prevalência de Pré-Diabetes na nossa população local, sendo necessário encará-la como um diagnóstico e

agir em conformidade, numa ótica de prevenção primária, atrasando ou revertendo o diagnóstico efetivo de Diabetes.
Quanto à Diabetes, verificou-se uma significativa taxa de diagnósticos inaugurais, uma vez considerada a base populacional e demográfica de um serviço de Medicina Interna, tendencialmente próxima dos cuidados de saúde.
Assim, no nosso entender e para a nossa realidade local, há pertinência para um rastreio de Diabetes e Pré-Diabetes por HbA1c à admissão, numa ótica de melhoria contínua da saúde global populacional.

CO n.º 0722

A eficácia da descolonização de Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

CATARINA LIZARDO CRUZ(1);Margarida Quinto Pereira(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Catarina Cabral(1);Inês Santos(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Infeções por estirpes de Staphylococcus Aureus resistente à meticilina (MRSA) são muito frequentes nos doentes em internamento hospitalar, em particular nos serviços de Medicina Interna. Considera-se que a colonização nasal por MRSA está frequentemente associada a infeções invasivas pelo mesmo agente. Múltiplos estudos demonstraram que a erradicação de MRSA através de protocolos de descolonização pode ser eficaz no controlo da disseminação de MRSA.

Objetivo: Análise retrospectiva da eficácia do protocolo de descolonização de MRSA em internamento num serviço de Medicina Interna

Material e Métodos: Foi realizada a consulta dos processos clínicos em plataforma Sclinico de todos os doentes admitidos no serviço de Medicina Interna que apresentavam exsudado nasal positivo para MRSA, por técnica de PCR, no período compreendido entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2021. Procedeu-se a avaliação e caracterização de múltiplas variáveis, nomeadamente os dados demográficos, comorbilidades associadas, critérios de elegibilidade para rastreio, a repetição do protocolo e a sua eficácia na descolonização dos doentes. O protocolo de descolonização consiste na aplicação de mupirocina 2 % intranasal e lavagem corporal com champô e toalhitas de clorohexidina por 5 dias. A verificação é realizada por exsudado nasal às 48h. Está preconizada a repetição do protocolo de descolonização apenas uma vez em caso de falência do primeiro.

Resultados: Foram identificados um total 332 doentes colonizados por MRSA em amostra de exsudado nasal. A amostra populacional apresentava uma média de idade de 81 anos, com um predomínio ligeiro do sexo masculino (H: 54%; M: 46%), 55% dos doentes provinham do domicílio e o critério de rastreio mais frequente foi “internamento hospitalar nos 6 meses anteriores” (37%). Verificou-se que apenas 161 destes doentes cumpriram o protocolo de descolonização de MRSA por completo, tendo sido eficaz em 25 doentes (16%). Dos 136 doentes que permaneceram colonizados, 65 repetiram o protocolo de descolonização que, por sua vez, foi eficaz em 20 doentes (12%). Culminando numa eficácia total do protocolo de descolonização de MRSA em vigor de 28%.

Conclusões: Os nossos resultados demonstram uma baixa taxa de sucesso do protocolo de descolonização de MRSA. Verificámos ainda que mais de metade dos doentes identificados como colonizados por MRSA não cumpriram o protocolo de descolonização por completo. Não conseguimos averiguar o impacto da descolonização de MRSA na taxa de infeção invasiva por MRSA num ambiente hospitalar.

CO n.º 0745

Polineuropatia simétrica distal: a importância do rastreio do pé diabético

Inês Ferraz de Oliveira(1);Mariana Silveira Nunes(1);Paulo Ramos(1);Catarina Pereira(1);Ana Luísa Costa(2);João Filipe Raposo(2)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A International Diabetes Federation considera que em 2021, 536,6 milhões de adultos entre os 20 e os 79 anos vive com diabetes (DM). Em Portugal, estima-se que 13,6% dos indivíduos entre os 20 e os 79 anos vive com DM, o que representa mais do que 1 milhão de Portugueses. A neuropatia diabética, complicação crónica muito frequente, é muitas vezes assintomática e subdiagnosticada. A polineuropatia simétrica distal (PSD) é a neuropatia mais frequente todas as neuropatias associadas à DM. No entanto, até 50% dos indivíduos com PSD são assintomáticos, razão pela qual se recomendada a realização de rastreio de PSD, pelo menos anual, em todas as pessoas que vivem com DM tipo 2 (DM2) ou com DM tipo 1 (DM1) há mais de cinco anos.

Objetivos: Pretende-se avaliar a prevalência de PSD nas pessoas que vivem com DM, na consulta de rastreio de pé diabético (RPD) durante um semestre. Os objetivos secundários serão: descrever os aspetos demográficos e biométricos da população identificada com neuropatia e descrever as características clínicas e analíticas relacionadas com a DM.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram obtidos os dados de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que estiveram na consulta de RPD durante o primeiro semestre de 2019. Foram incluídos os indivíduos com a confirmação do diagnóstico de PSD na consulta de pé diabético após terem sido enviados do rastreio para observação. Toda a população foi caracterizada.

Resultados: Durante o primeiro semestres de 2019, foram avaliados 199 indivíduos em consulta RPD e 59 receberam o diagnóstico de PSD posteriormente. Dos indivíduos com PSD, 55,9% são homens. A idade média é de 64,1 anos, o peso médio de 82,91 quilogramas e o perímetro abdominal médio de 101,5 centímetros. Calculando o índice de massa corporal, 84,7% têm peso superior ao recomendado e desses, 46% encontram-se na faixa da obesidade. Relativamente à DM, 81,4% dos indivíduos com PSD têm DM2 e 11,9% DM1. O tempo médio de evolução desde o diagnóstico de DM é de 17,42 anos e o valor médio da hemoglobina glicada medida é de 8,69%. Em 52,5% dos indivíduos não foi identificada mais nenhuma complicação crónica da DM para além da neuropatia e as complicações mais frequentemente identificadas foram as microvasculares – retinopatia (28,8%) e nefropatia (22%). 53,6% são insulinotratados sendo os restantes medicados com antidiabéticos orais.

Conclusões: A prevalência avaliada de PSD nesta população foi de 29,6%. Trata-se de uma população maioritariamente com DM2 e com excesso de peso. O tempo de evolução da doença prolongado e a evidência mau controlo metabólico, são ambos fatores que contribuem para o desenvolvimento de complicações crónicas na DM nomeadamente a PSD. Apesar do padrão de descontrolo metabólico e glicémico, 52,5% desta população não apresentava mais nenhuma complicação crónica associada à DM o que reforça a importância do rastreio de PSD nas pessoas que vivem com DM.

CO n.º 0760

Últimos dias de vida em contexto hospitalar – a realidade de uma Unidade de Cuidados Intermédios

Hugo Jorge Casimiro(1);Ricardo Pereira(1);Carolina Palma(1);Pedro Freitas(1);Pedro Carreira(1);Susana Neves Marques(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: As Unidades de Cuidados Intermédios (UCIM) estão vocacionadas para prestar cuidados a doentes com disfunção de órgão e risco de falência de funções vitais, tendo capacidade para monitorização e tratamento diferenciados. Face à complexidade e gravidade das situações clínicas, é um local onde a morte é um desfecho não só possível como previsível. A identificação precoce destas situações poderá condicionar uma mudança nos cuidados prestados ao doente, focados no controlo sintomático no fim de vida.

Objetivo: Caracterizar os registos de limitação terapêutica em doentes que faleceram numa UCIM, identificando os procedimentos realizados desde esse registo até à morte, assim como os dispositivos presentes no momento do óbito.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo, incluindo doentes que faleceram numa UCIM de nível II no período de 1 ano e que apresentavam registo de limitação terapêutica. Recolha de variáveis demográficas e clínicas a partir da consulta do processo, com posterior anonimização dos dados. Análise estatística com recurso ao programa JASP.

Resultados: Verificaram-se 40 óbitos de doentes com registo de limitação terapêutica. A média etária era de 75,6 ± 10,3 anos e predominava o sexo masculino (n=23). Os doentes estiveram internados 8,5 dias antes da admissão na UCIM, tendo o internamento na unidade durado 5,7 dias. Os processos infecciosos respiratórios foram o diagnóstico principal mais frequente (n=16), seguidos pelo choque sético (n=7). A média do Índice de Barthel à admissão foi de 18, sendo que 15 doentes apresentavam doença oncológica ativa.
O primeiro registo de limitação terapêutica foi efetuado 3,7 dias antes da morte. As decisões foram registadas de forma variada, sendo as mais frequentes a definição da ventilação não-invasiva (VNI) como suporte ventilatório máximo (n=25) e a instituição de medidas de conforto (n=21). Após esse primeiro registo, os procedimentos mais realizados foram a colocação de catéter venoso central (n=9), início de suporte aminérgico (n=9) e início de VNI (n=8). À data do óbito, realça-se que 25 doentes mantinham VNI. No dia do óbito, 18 doentes realizaram avaliação analítica, em 28 foi medida a glicémia e em 37 avaliaram-se sinais vitais. O apoio da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) foi solicitado em 2 doentes.

Conclusão: Embora tendo em conta a limitação de não se ter avaliado o motivo da realização dos procedimentos ou manutenção de dispositivos, mormente pela diferença existente entre limitação terapêutica e paliação, o estudo mostra a pertinência da discussão sobre cuidados em doentes internados numa UCIM e em que a morte é previsível, nomeadamente em relação ao uso da VNI, estudo analítico e medição de parâmetros vitais. A criação futura de um protocolo específico de articulação com a EIHSCP, com recurso a escalas de predição de mortalidade e de identificação de

necessidades paliativas, poderá servir para otimizar os cuidados no fim de vida destes doentes.

CO n.º 0782

O papel do internista no acompanhamento ambulatório ("outpatient clinic") de doentes oncológicos

Lorena Lozano Real(1);Paula Araújo(1);Mykhailo Iaschuk(1);Daniela Silva(1);Renzo Mozzer(1);Jorge Bravo(1);Ana Catarina Rodrigues(1);Aida Cordero(1);Eduardo Carvajal(1);Juan Alba Gil(1);Juan Manuel Urbano Gálvez(1)
(1) Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A visão integradora do internista aporta benefício numa área como a da oncologia onde cada vez são tratados doentes com idades mais avançadas. Estes doentes com importantes comorbilidades estão submetidos a terapêuticas que podem causar cardiotoxicidade ou descompensar as doenças previas.

Objetivo: Avaliar a intervenção da Medicina Interna num hospital de dia (HD) de oncologia nos doentes com doenças do foro cardiológico previa ou não a doença oncológica, complicada pelas terapêuticas antitumorais ou pela progressão da doença oncológica.

Material e Métodos: análise descritiva retrospectiva dos registos clínicos dos doentes discutidos numa consulta de decisão terapêutica (CDT) de Oncologia durante o 1º semestre de 2021, e das avaliações realizadas pelo internista de apoio a estes doentes durante o ano 2021. Análise dos dados demográficos e tipo de terapêutica antitumoral iniciada, doenças cardiovasculares prévias, terapêuticas habituais e necessidade de exames complementares específicos (ecocardiograma, holter, pro-BNP) identificadas pelo internista e as modificações da terapêutica cardiovascular.

Resultados: Dos 71 doentes discutidos em CDT de Oncologia no 1º semestre de 2021 (33 mulheres e 38 homens com idade média 68,35 anos), 31 (43.66 %) foram avaliados também pelo internista em 178 consultas no HD enquanto se encontravam sob quimioterapia, inmunoterapia ou cuidados paliativos, ao longo do mesmo ano (média de 5,7 consultas por doente). Dos doentes que iniciaram acompanhamento no HD por Oncologia Médica com apoio de Medicina Interna durante esse semestre, 67,7% (21 doentes) apresentavam fatores de risco cardiovascular ou doença cardiovascular já estabelecida. Diabetes mellitus em 19 doentes (35%), 13 doentes (41, 94 %,) apresentavam HTA, 12 (38,7 %) insuficiência cardíaca, 3 (9,67 %) cardiopatia isquêmica, arritmias em 6 doentes (19.35 %) e AVC em 2 doentes (6,45%). Apenas 2 doentes (6,45 %) tinham seguimento por Cardiologia. Estavam medicados com IECAs/ARAs, beta-bloqueantes e diuréticos 8 doentes (25,8%), com antiagregantes 5 doentes (16.13 %) e com anticoagulação oral 2 doentes (6,45%). Em 9 doentes (29,03 %) foram solicitados pelo Internista exames complementares (ecocardiograma, holter, pro-BNP) e em 16 doentes (51,61 %) foi necessário alterar a terapêutica habitual por sintomas preexistentes ou agravados durante o seguimento pela doença oncológica.

Conclusões: O seguimento habitual dos doentes oncológicos sob terapêuticas ou cuidados paliativos em " outpatients clinics", facilita a colaboração de outros profissionais necessariamente envolvidos no processo do doente como o Internista, no âmbito ambulatório, evitando multiplicar deslocações ao hospital quer a mais consultas externas quer aos serviços de urgência. Este papel do Internista tem ainda maior relevo

nos doentes complexos com múltiplas doenças que exigem estreita colaboração entre várias especialidades como é na área da cardio-oncologia.

CO n.º 0785

Síndrome febril indeterminada (SFI): um estudo de coorte retrospetivo português

Bárbara Sucena Rodrigues(1);Isménia de Oliveira(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Outro

Introdução: a definição de SFI tem vindo a evoluir, atualmente com critérios mais abrangentes mas menos consensuais. Em reflexo do desafio diagnóstico que esta síndrome representa, a orientação clínica, escolha de exames complementares e utilização de terapêuticas empíricas pautam-se por um elevado grau de subjetividade. Em Portugal as dificuldades acentuam-se pela ausência de estudos.

Objetivos: caraterizar a realidade portuguesa e identificar pontos de melhoria para a prática clínica. Estudar a distribuição de etiologias, avaliação clínica, exames complementares realizados e utilização de antibióticos.

Métodos: estudo retrospetivo de tipo coorte em doentes internados num hospital periférico português entre 2018 e 2022, com diagnóstico de SFI (temperatura ≥ 38ºC, duração ≥ 10 dias e ausência de causa após conjunto mínimo de investigação complementar). Na análise estatística (RStudio), usou-se o teste de X2 ou teste exato de Fisher para comparar variáveis categóricas (significância estatística para $p < 0.05$), e a regressão logística com odds ratio (OR) e intervalos de confiança 95% para comparar variáveis categóricas e numéricas.

Resultados: 40 doentes foram incluídos. A etiologia foi infeciosa em 17.5%, inflamatória em 12.5%, neoplásica em 7.5%, outras em 5% e sem diagnóstico em 57.5%. Na anamnese, apenas 27.5% dos doentes tinha dados da exposição a alimentos, animais e viagens recentes. Numa maioria de doentes os exames culturais (90%), as serologias (82.5%) e os exames invasivos (77.5%) não forneceram pistas diagnósticas. Os exames de imagem forneceram 1 ou 2 pistas em 60% dos doentes. Dos 25% doentes que realizaram PET, esta contribuiu para o diagnóstico em 50%. A sua utilidade correlacionou-se com causa final inflamatória ($p = 0.0003$). 65% dos doentes fizeram antibióticos durante o internamento, sendo o mais utilizado a piperacilina-tazobactam (41.1%). 19.2% dos doentes tinha elevada suspeita de uma infeção específica, 7.7% fez doxiciclina empírica por suspeita de zoonose e nenhum tinha sinais de alarme. Nos restantes 73.1% não havia indicação para antibioterapia. O valor inicial da proteína C reativa correlacionou-se com a realização de antibióticos durante o internamento (OR 1.15 [1.05-1.30]). A febre resolveu em 23% dos doentes após início da antibioterapia, o que se correlacionou com causa infeciosa ($p = 0.002$).

Conclusões: o número de doentes incluídos é sobreponível ao de estudos europeus recentes. Verificou-se uma maior % de causas desconhecidas e uma menor % de causas inflamatórias e neoplásicas, em parte devido à referenciação de doentes com suspeita de neoplasia hematológica para outros hospitais. Existe potencial de melhoria na anamnese e nos pedidos de exames complementares considerados mínimos. Verificou-se uma utilidade significativa da PET (o que levanta questões quanto à eficiência da sua utilização precoce) e uma elevada utilização de antibióticos em doentes sem indicação.

CO n.º 0796

PROCIMI - PROjeto de partilha de cuidados de doentes Cirúrgicos com a Medicina Interna

Bruno Aparicio Santos(1);Maria Belém Rosmaninho(1);Vanessa Novais de Carvalho(1);Jose Nuno Raposo(1)
(1) Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

O apoio da Medicina Interna aos doentes internados com patologia cirúrgica não deve limitar-se a resolver intercorrências. Com o envelhecimento da população, a maior sobrevida de doentes mais complexos e com múltiplas patologias, a probabilidade de descompensação de algumas dessas doenças aumenta. Assim, é mais benéfico, do ponto de vista clínico, tentar prevenir essas descompensações ou resolvê-las precocemente. Existem, no entanto, intercorrências imprevisíveis, a que é necessário dar uma resposta, também ela adequada. Os estudos mostram que existem vantagens na partilha de cuidados entre o "Cirurgião" e o Médico de Medicina Interna, de que se salientam: otimização do equilíbrio de patologias crónicas no pré-operatório; prevenção de algumas complicações e deteção mais precoce de outras; maior conhecimento e reconhecimento de complicações associadas a determinada cirurgia por "não cirurgiões"; envolvimento multidisciplinar no planeamento do internamento e da alta e redução de custos, do tempo de internamento e das readmissões.
Este estudo retrospetivo tem como objetivo caracterizar a população referenciada para projeto PROCIMI (PROjeto de partilha de cuidados de doentes Cirúrgicos com a Medicina Interna), num hospital privado. A referenciação é efetuada principalmente através da consulta pré-anestésica, embora cada médico assistente a possa fazer. Devem ser tidos em consideração alguns critérios, nomedamente escalas de risco operatório e anestésico [exemplo ASA score (American Society of Anesthesiology score)], mas também o diagnóstico cirúrgico, características demográficas do doente e suas comorbilidades.
Da população referenciada ao PROCIMI foram analisados 153 doentes, sendo 61% sexo masculino. As especialidades que mais contribuíram para o projeto foram: Ortopedia (47.1%), Urologia (20.9%) e Neurocirurgia (13.7%). Segundo a escala ASA, 92.8% dos doentes foram classificados como ASA III, existindo um número residual e idêntico de ASA IV (3.9%) e ASA II (3.3%). Mais de dois terços dos doentes possuiam mais de 4 comorbilidades conhecidas, variando entre doentes com apenas uma comorbilidade e um máximo de dez comorbilidades. Em relação a complicações major a salientar dois doentes com necessidade de transferência para unidade de cuidados intensivos (não existente no hospital): um por necessidade de técnica de substituição dialítica e outra por necessidade de ventilação mecânica.
Como conclusão, podemos admitir que, tendo uma população variada em gravidade e número de comorbilidades, há uma vantagem inegável na partilha de internamento de cuidados, permitindo antecipar e prevenir complicações a curto e médio prazo, diminuindo, seguramente, as sequelas, o tempo de internamento e os custos associados.

CO n.º 0835

Será o estudo de neoplasias benéfico nos doentes com tromboembolismo venoso? - análise retrospetiva

Stanislav Tsisar(1);Sofia Ramos(1);Laura Santos(1);Madalena Cardoso Costa(1);Rita Gameiro(1);Mário Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças oncológicas

O tromboembolismo venoso (TEV) pode ser a primeira manifestação de cancro, estimando-se que nesta população há um risco 4-6 vezes superior de diagnóstico de neoplasia. O benefício de uma investigação exaustiva de neoplasia oculta não foi comprovado, mantendo-se a recomendação de uma avaliação dirigida nos doentes com TEV sem fator de risco identificado. O presente estudo pretendeu avaliar as abordagens utilizadas na avaliação de doentes com TEV e identificar o impacto que um estudo exaustivo tem no diagnóstico de neoplasia, mortalidade e sobrevida após TEV, comparativamente a um estudo limitado.
Selecionaram-se todos os doentes com diagnóstico de TEV de um serviço de Medicina Interna entre 2015 e 2020, utilizando-se a codificação ICD-9. Recolheram-se os seguintes dados: exames complementares de diagnóstico, comorbilidades e fatores de risco para TEV, diagnóstico de neoplasia e data de óbito. Calculou-se também o score RIETE que identifica os doentes em risco de apresentar neoplasia após TEV. Comparou-se o grupo de doentes submetidos a um estudo exaustivo com o grupo submetido a um estudo limitado, fazendo-se também as mesmas comparações em doentes com score RIETE alto. Usou-se a correlação de Pearson para ver que fatores influenciaram a sobrevida após TEV e usaram-se modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação desses fatores com a sobrevida após TEV.
Dos 248 doentes inicialmente identificados, 78 foram excluídos por ausência de dados, perda de seguimento ou apresentarem diagnóstico de neoplasia à entrada. Foram identificados 17 casos de neoplasia após TEV [14 no grupo do estudo exaustivo e 3 no grupo do estudo limitada, p=0.001]. Não houve diferenças na mortalidade [29.9% vs 39.8%; p=0.118] ou sobrevida após TEV [579.50 (±705.94) vs 430.97 (±603.43); p=0.432] entre os dois grupos. Os resultados mantiveram-se mesmo considerando apenas os indivíduos com diagnóstico de neoplasia. No entanto, dentro dos doentes com score RIETE alto, verificou-se que o grupo do estudo exaustivo tem uma sobrevida após TEV superior ao grupo do estudo limitado [572.41 (±655.90) vs 289.11 (±454.08); p=0.042]. Neste subgrupo, a correlação de Pearson e os modelos de regressão linear falharam em demonstrar uma associação entre a realização de estudo exaustivo e a sobrevida após TEV.
O presente estudo reforça as atuais guidelines, concluindo-se que a investigação etiológica exaustiva com o subsequente diagnóstico oncológico não aumenta a sobrevida dos doentes, apesar de aumentar o número de diagnósticos de atipias. A utilização do score RIETE parece ser benéfica, uma vez que o estudo exaustivo nos doentes com score elevado parece ter um impacto positivo na sobrevida, no entanto serão necessários mais estudos para confirmar estes resultados.

CO n.º 0844

Parotidite aguda – apresentação, abordagem e prognóstico dos doentes internados

Mário Ferreira(1);Marta Fonseca(1);Joana Paulo(1);Maria Clara Matos(1);Zélia Neves(1);Teresa Branco(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A parotidite aguda é uma entidade clínica caracterizada pelo aumento de volume da glândula parótida em contexto inflamatório, unilateral ou bilateralmente. A história clínica, incluindo o tempo de instalação e lateralidade, é essencial na investigação etiológica. O processo inflamatório agudo ou subagudo tem origem frequente na obstrução do ducto de Stensen, associando-se a fatores de risco como a desidratação ou a sialolitíase. Ocasionalmente pode ocorrer sobreinfeção bacteriana por flora da cavidade oral, sendo menos frequente a parotidite viral no indivíduo adulto. Apesar de raramente identificada, a parotidite aguda condiciona elevada morbilidade, sobretudo em doentes idosos onde existe informação limitada acerca de fatores de risco e prognóstico associado.

Objectivo: identificar a prevalência de parotidite aguda e caracterizar a sua etiologia, abordagem e prognóstico.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos informatizados de doentes adultos hospitalizados por parotidite aguda entre 2012-2022. A população foi caracterizada quanto aos seus dados demográficos, apresentação clínica, estudo etiológico, tratamento e prognóstico. A análise estatística dos dados foi realizada através do software Stata®?.

Resultados: Foram incluídos no estudo 42 doentes com idade mediana 81±16 anos , sendo 64% do sexo feminino. A maioria das apresentações foi unilateral (83%) e todas configuraram um primeiro episódio de parotidite. A maioria dos doentes (90,5%) apresentava pelo menos um fator de risco ou comorbilidade associada, sendo os principais a lesão renal aguda (71%), a utilização de fármacos anticolinérgicos ou antihistamínicos (65%) e ventilação com pressão positiva (19%). A parotidite foi o diagnóstico de admissão em 55% dos casos, sendo nos restantes uma intercorrência ocorrida durante o internamento por outros motivos, sobretudo infeções respiratórias (32%) e acidente vascular cerebral (26%), verificando-se nestes uma demora média superior aos doentes internados primariamente por parotidite (33,0±2,2 vs. 10,7±2,8 dias; p<0,001). A maioria dos doentes realizaram ecografia (81%), apurando-se apenas um caso de sialolitíase. Em 29% dos doentes identificou-se bacteriémia a Staphylococcus aureus, sendo que em 19% do total de doentes este agente não foi coberto empiricamente. Verificou-se uma taxa de mortalidade de 12%, na sua maioria do sexo feminino, identificando-se como preditores de mortalidade o diagnóstico de doença autoimune (p=0,024), parotidite bilateral (p=0,022) e a presença de 3 ou mais fatores de risco (p=0,036).

Conclusões: A parotidite aguda é uma entidade pouco frequente mas com elevada morbilidade, sobretudo no doente idoso e quando complica o internamento por outras causas, aumentando de forma significativa a demora média. Apesar da baixa frequência de casos e taxa de mortalidade, importa identificar e prevenir os fatores de risco

associados, tratando empiricamente de forma adequada na suspeição de etiologia bacteriana.

CO n.º 0867

Coagulação intravascular disseminada em doente com infeção por SARS-CoV2

Inês Ferreira Pinto(1);Catarina Jacinto Correia(1);Filipa Sousa Gonçalves(1);Bárbara Queiroz(1);Nina Jancar(1);José Duro(1);Mariana Nobre(1);Mariana Simões(1);Joana Martins(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO
É reconhecida a associação entre infeção SARS-CoV2 e o desenvolvimento de distúrbios da hemostase, podendo a resposta hiperinflamatória culminar em casos de coagulação intravascular disseminada (CID).

OBJETIVO
Caracterizar a população de doentes com CID e infeção SARS-CoV-2, avaliando a sua prevalência, fatores de risco, complicações e outcomes.

MATERIAL E MÉTODOS
Estudo observacional retrospectivo com recurso a colheita de dados clínico-laboratoriais, através do registo hospitalar. Procedeu-se à avaliação de 405 doentes internados em enfermaria dedicada a doentes com SARS-CoV2, num período de 9 meses.

RESULTADOS
Do total dos 405 doentes com infeção SARS-CoV-2 observou-se ocorrência de CID em 13 casos (prevalência 3.2%).
Analisando o grupo de doentes com CID, verifica-se uma ligeira prevalência do sexo masculino (53.8%) e uma média de idades de 77,4 anos. Em 53.8% dos doentes diagnosticou-se pneumonia organizativa e em 76.9% sobreinfeção bacteriana. A corticoterapia instituída teve uma duração média de 8.7 dias. Na maioria dos casos (69.2%) foi instituída metilprednisolona, seguidas de dexametasona e prednisolona (ambas com 15.38% de utilização).
Como complicações ou co-morbilidades salientam-se: 38.46% com sépsis/choque séptico e 30.77% de neoplasia prévia (apenas um caso de neoplasia hematológica). Salientamos a existência de outras patologias com interferência no balanço hemostático, nomeadamente microangiopatias trombóticas (púrpura trombocitopénica trombótica e síndrome hemolítico-urémico atípico em 23.07% dos doentes) e um caso de défice adquirido de factor XI.
Em relação às complicações da CID, verificou-se a prevalência de eventos hemorrágicos face aos trombóticos (69.23% vs 38.46%, respectivamente). A maioria das intercorrências hemorrágicas foram a ocorrência de hematomas extensos em diversos territórios (38.46% dos doentes com CID); destes, 15.38% evoluíram para choque hemorrágico. Em relação aos eventos trombóticos, o tromboembolismo pulmonar foi o mais prevalente (60% dos doentes com CID), seguido do acidente vascular cerebral isquémico em 15.38% e do enfarte agudo do miocárdio em 7.69%; adicionalmente, verificou-se isquémia de vários territórios em 15.38% dos doentes com CID.

A taxa de mortalidade durante permanência na enfermaria foi de 76.9%, sendo que os restantes doentes foram transferidos para o Serviço de Medicina Intensiva, onde vieram a falecer, perfazendo 100% de mortalidade neste grupo de doentes.

CONCLUSÕES

A nossa casuística demonstrou uma prevalência, comorbidades /fatores de risco e complicações de CID semelhantes às descritas na literatura. Verificou-se uma elevada taxa de mortalidade, em linha com a evidência do prognóstico desfavorável dos doentes que desenvolvem coagulopatia durante o decurso da infecção COVID19. Sendo assim, é importante o rápido reconhecimento da CID e início de terapêutica dirigida, bem como são necessários mais estudos para melhor caracterização desta complicação e respectivo outcome.

CO n.º 0890

3 and 6-month psychiatric outcomes in critically ill SARS-CoV-2 survivors: a prospective study

Carolina Seabra(1);Barbara Silva(1);Fátima Costa(1);André Rolo(1);Teresa c. Guimarães(1);Mariana Meireles(1);Helena Vilaça(1);Alice Castro(1);Mari Mesquita(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

3 and 6-month psychiatric outcomes in critically ill SARS-CoV-2 survivors: a prospective study in a Portuguese population

Introduction: Although mid and long-term psychiatric sequelae are predicted, there are only few studies about the subject in critically ill SARS-CoV-2 survivors.

Objectives: To evaluate mid-term prevalence of psychiatric disease and respective predictors in COVID-19 survivors.

Methods: This is a longitudinal prospective study of critically ill COVID-19 survivors followed up at 3 (T3) and 6 (T6) months after discharge. A battery of standardized instruments evaluating anxiety (GAD-7), depression (PHQ-9) and post-traumatic stress disorder PTSD (PCL-V) was administered at both visits. Provisional diagnosis of anxiety, depression and PTSD was made if GAD-7≥10, PHQ-9≥10 and PCL-V≥31. Written informed consent was obtained.

Results: A total of 149 patients discharged after COVID-19 hospitalization were recruited to an outpatient visit at T3 and T6. Of those, 117 completed the test battery. Participants' age ranged from 25 to 85 years with mean values 61.9±12.0, and 45 (38.5%) were female. Mean age-adjusted Charlson Comorbidity Index was 2.6±2.0 and 51 (43.6%) had at least one comorbidity. Twenty-nine patients (24.8%) had psychiatric comorbidities. Concerning education, 56.4%, 24.8%, 10.3% and 8.5% had 1st cycle-basic education, 2nd and 3rd cycles – basic education, secondary education and university/ postgraduate education, respectively. Twenty patients (17.1%) were single, divorced or widowed.
Prevalence of psychiatric interference at T3 and T6 were 22.2% vs. 12.0% (p= 0.012) for anxiety, 23.1% vs. 11.1% (p=0.007) for depression and 7.7% vs. 2.6% (p= 0.031) for PTSD, respectively. Significant improvement between evaluations was noted in all mean PCL-V domains. Univariate analysis was conducted for anxiety and depression provisional diagnosis at T6. Female gender [OR 4.86 (CI 95% 1.42-16.60), p= 0.012] and ferritin levels [OR 8.25 (CI 95% 1.04-65.60), p= 0.046] seem to correlate with anxiety and mMRC dyspnea scale [OR 1.62 (CI 95% 1.05-2.51), p= 0.031] and psychiatric background [OR 3.44 (CI 95% 1.36-8.66), p= 0.009] correlated with depression. Age, education, marital status, length of stay, *do not intubate* order, invasive mechanical ventilation and worst laboratory findings during hospitalization (PaO2/FiO2, C-reactive protein, procalcitonin and IL-6 levels) didn't correlate with anxiety or depression.

Conclusion: Clinically significant anxiety, depression and PTSD, among COVID-19 survivors were observed at 3 and 6 months after discharge with significant improvement

over time. In our study, risk of anxiety correlated with female gender and risk of depression with mMRC dyspnea scale and psychiatric background.

CO n.º 0955

Infeção a Clostridioides difficile - Identificação de fatores preditores de mortalidade

Tiago Neto Gonçalves(1);Margarida I. Nascimento(1);Ana Carmo(1);Beatriz Tallon(1);Inês Margarido(1);Paulo Paixão(1);Natália Marto(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A colite a Clostridioides difficile (Cdiff) é uma das principais causas de diarreia associada aos cuidados de saúde e potencialmente mortal. A sua incidência e gravidade tem aumentado, dado que o aumento da esperança de vida condiciona maior número de comorbilidades, internamentos e exposição a antibioterapia.

Objetivo: Analisar as características de uma população adulta que faleceu por colite a Cdiff. Compará-las com a coorte de doentes sem desfecho desfavorável.

Materiais e Métodos: Estudo retrospetivo de doentes adultos com isolamento de Cdiff num Hospital Universitário português, entre janeiro de 2015 e abril de 2022. Excluíram-se os portadores assintomáticos e os doentes cujo processo clínico se encontrava incompleto. Foram analisados dados demográficos, comorbilidades, fatores de risco para infeção, avaliação laboratorial e desfecho. Determinou-se a gravidade pelos critérios da IDSA, tendo-se calculado o índice de Charlson e rácio neutrófilo-linfócito. A análise foi realizada a partir do IBM SPSS® Statistics, versão 27.0. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Variáveis contínuas são expressas como mediana e amplitude interquartil, enquanto as variáveis categóricas são expressas em frequência e percentagem. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para avaliar diferenças entre variáveis categóricas, tendo-se usado o teste de Mann-Whitney U para comparação entre grupos. Definiu-se P-value inferior a 0.05 como estatisticamente significativo.

Resultados: Identificaram-se 60 casos de infeção por Cdiff, dos quais oito com desfecho desfavorável, correspondendo a uma mortalidade de 13,3% a 30 dias. Nestes, predominou o sexo masculino (62.5%), com uma idade de 79.5 ± 11 anos. A maioria dos casos foram graves (37.5%) ou fulminantes (37.5%), sendo que cinco tiveram origem em instituições de saúde (62.5%). Analiticamente, apresentavam um rácio neutrófilo-linfócito de 10 ± 44. O grau de dependência era moderado a elevado em 75% dos casos, existindo uma elevada carga de comorbilidades com um índice de Charlson de 6.5±6. Entre elas, destacam-se a neoplasia (50%), hipertensão arterial (50%), doença renal crónica (37.5%) e insuficiência cardíaca (37.5%). Entre os principais fatores de risco, salienta-se a exposição a antibioterapia em 87.5%, seguindo-se a quimioterapia e uso de inibidores da bomba de protões em 37.5%. Da análise comparativa realizada entre grupos, denota-se a associação entre ocorrência de óbito e o sexo masculino (62.5 vs 23.1%; p=0.021) e gravidade (p<0.001). O índice de Charlson apresentou uma tendência para associação, mas sem significado estatístico (p=0.08). Não se verificou associação entre a idade, comorbilidades, fatores de risco ou rácio neutrófilo-linfócito.

Conclusões: O estudo identifica o sexo masculino e a gravidade pelos critérios da IDSA como preditores de mortalidade. O índice de Charlson surge, à semelhança de

outros trabalhos, tendencialmente como preditor. A identificação precoce destes fatores assume relevância na prática clínica.

CO n.º 0969

Identificação de necessidades paliativas num serviço de Medicina Interna em Portugal

Beatriz Fernandes(1);Rita Sobral(1);Manuel g. Costa(1);Maria João Lobão(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Os benefícios dos Cuidados Paliativos (CP) prestados a pessoas com doença grave, progressiva e incurável são conhecidos. De entre estes destacam-se o melhor controlo sintomático, a melhoria da qualidade de vida e a redução do número de idas aos serviços de saúde. Assim, a identificação destes doentes é essencial. São escassos os dados referentes à proporção de doentes com necessidades paliativas (NP) internados em serviços de Medicina Interna (MI) em Portugal. Objetivos: Quantificar a proporção de doentes com NP internados no serviço de MI de um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Material e métodos: Estudo observacional, transversal, com colheita de dados por documentação indireta, em dia único. Foram incluídos todos os doentes internados no serviço de MI de um hospital público do grupo I do SNS português com idade igual ou superior a 18 anos. Para identificação de NP foram utilizados os critérios CARING no primeiro dia de internamento (presença de pelo menos 1 critério). Estes critérios definem-se como: C=Cancro como diagnóstico principal do internamento atual; A=pelo menos 2 internamentos por doença crónica no último ano; R=Residente em lar; I=Admissão Unidade de Cuidados Intensivos com falência multiorgânica durante o internamento atual; NG= pelo menos 2 critérios das National Hospice and Palliative Care Organization's guidelines. As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, proveniência, índice de comorbilidades de Charlson (ICC), escalas de Braden, Morse e GUSS e presença de sonda nasogástrica (SNG) na admissão. Efetuou-se uma estatística descritiva: as variáveis qualitativas são descritas em valores absolutos e percentagens e as variáveis contínuas, com medidas de tendência central e dispersão. Resultados: Incluíram-se 122 doentes no estudo. Não houve preponderância de sexo e a idade variou entre 18 e 107 anos, sendo a média de 75. A maioria dos doentes residiam em domicílio próprio, seguindo-se os residentes em lar. A pontuação média no ICC foi de 5 pontos. Apenas um doente apresentava SNG na admissão hospitalar. Segundo os critérios CARING, 55 dos 122 doentes (45%) tinham NP. Destes apenas 4 (7%) eram previamente acompanhados por equipas de CP. Na população com NP, 42% dos doentes não foram identificados como tal pela equipa médica assistente. Os doentes paliativos não-oncológicos foram menos frequentemente identificados do que os doentes oncológicos (52 vs 85%). Conclusão: Este estudo demonstra que cerca de metade dos doentes internados no serviço de MI tem necessidades paliativas, que não são identificadas em aproximadamente 40% dos casos. Os resultados permitem alertar para a necessidade de utilização deste tipo de critérios para melhor adequação do plano de cuidados e referenciação para as equipas de CP.

CO n.º 1037

Relação entre fragilidade, comorbilidade, autonomia funcional e prognóstico em idosos internados

Joana Correia Lopes(1);Mário Amaro(1);Manuel Teixeira Veríssimo(2)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: Fragilidade, dependência funcional e multimorbilidade não são sinónimos. Sabemos que a idade avançada, a multimorbilidade (e a polifarmácia associada) são factores de risco para o desenvolvimento de fragilidade, e todas vão influenciar a autonomia funcional do indivíduo.
A síndrome de fragilidade é por sua vez factor de risco para internamento, e condiciona os resultados desse mesmo internamento, associando-se a maior taxa de re-internamento e óbito. Assim sendo, importa relembrar que condições se associam à síndrome de fragilidade e que implicações esta tem no internamento do doente idoso.
Objetivo: analisar quais as associações entre fragilidade, comorbilidade e autonomia funcional e de que forma estas influenciam o prognóstico de idosos internados num serviço de Medicina Interna.
Material e Métodos: O presente estudo teve um desenho observacional, retrospetivo, longitudinal, e analisou os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados num serviço de Medicina Interna de um hospital central no ano de 2019.
Resultados: No ano de 2019 foram internados 2841 doentes no serviço de Medicina Interna. Destes, 2309 (81,27%) tinham idade igual ou superior a 65 anos. Foram incluídos na análise estatística 2133 doentes, com uma média de idade de 80,98 anos, com o género feminino a representar 54,7% da amostra.
Mais de metade dos idosos internados (54,7%) sofria de fragilidade (pontuação maior ou igual a 5 na escala de fragilidade clínica). Dependência funcional e fragilidade mostraram uma relação estatisticamente significativa ($p<0,001$), estando ambas fortemente associadas à idade avançada ($p<0,001$).
Fragilidade (escala de fragilidade clínica), dependência funcional (escala de Katz), carga de comorbilidade (índice CIRS-G) e prognóstico (índice de Charlson), sendo conceitos diferentes, relacionaram-se de forma estatisticamente significativa ($p<0,001$ para todas estas relações) e num contínuo crescente com a idade. Os doentes mais frágeis e mais dependentes para as actividades de vida diária (AVD's) tinham mais comorbilidades e tomavam mais fármacos diariamente.
Algumas comorbilidades foram mais frequentes em doentes mais frágeis, nomeadamente doença de Parkinson, síndrome depressivo, úlceras de pressão, fractura da extremidade proximal do fémur e síndrome demencial.
Tudo isto teve impacto nos resultados do internamento: doentes mais frágeis e mais dependentes morreram mais no internamento e no ano seguinte ao internamento e tiveram maior risco de re-internamento. Foram também os doentes mais frágeis e mais dependentes os que tiveram mais protelamento de alta por motivos sociais.
Conclusões: Sabendo que doentes mais frágeis e dependentes para as AVD's têm pior prognóstico associado ao internamento, fragilidade e dependência para as AVD's deveriam ser sistematicamente avaliadas à admissão no serviço de Medicina Interna para gestão de expectativas familiares, planeamento social e adequação do plano de cuidados, nomeadamente com um forte investimento em cuidados paliativos.

CO n.º 1092

Risco vascular no doente VIH de idade avançada – casuística de um hospital terciário

Mariana Fidalgo(1);Andreia Seixas(1);Filipa Borges Santos(1);Margarida Mota(1);Joana Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO
O desenvolvimento de terapêutica antirretroviral combinada [TARc]eficaz levou ao aumento da esperança média de vida do doente com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH] e a uma mudança no espectro de doenças e causas de morbimortalidade mais prevalentes nessa população - a diminuição das doenças oportunistas acompanhou-se do aumento de doenças associadas ao envelhecimento, sobretudo do foro cardiovascular. Estudos têm sugerido a ocorrência de doença aterosclerótica acelerada no doente VIH, fruto da complexa interação entre fatores de risco tradicionais [FRT], replicação viral descontrolada e exposição à TARc. Quando comparados com controlos do mesmo grupo etário, os doentes VIH apresentam ainda taxas mais elevadas dos FRT, como dislipidemia [DL], tabagismo, hipertensão arterial [HTA] e diabetes mellitus [DM].
OBJETIVO
Estratificar o risco vascular dos doentes VIH com 60+ anos utilizando o Systematic Coronary Risk Estimation 2 [SCORE2]. Caraterizar a vigilância e orientação terapêutica dos fatores de risco vascular.
MATERIAL E MÉTODOS
Estudo observacional retrospetivo num hospital terciário. Foram incluídos os doentes VIH com 60 ou mais anos de idade, em seguimento na consulta de tratamento do VIH durante o ano 2021. Recolha de dados nos processos clínicos eletrónicos, com análise no Microsoft Excel. O risco vascular (probabilidade de ocorrência de um evento cardio ou cerebrovascular a 10 anos) foi calculado com a ferramenta SCORE2 da European Society of Cardiology [ESC].
RESULTADOS
Foram incluídos 266 doentes, com idades compreendidas entre 60 e 91 anos (média 68.2); 67.7% eram homens e 93.6% tinha carga viral suprimida. Fatores de risco vascular: 1) HTA: 60.5% eram hipertensos e 82.6% destes estavam medicados; 45.3% não tinham valores controlados. 2) DM: 25.9% eram diabéticos e 92.8% destes estavam medicados; 30.4% não estavam controlados. 3) DL: 80.5% apresentavam dislipidemia e 80.4% destes estavam medicados; 44.9% não estavam controlados. 4) Índice de massa corporal: média 26.88. 5) Tabagismo: 21.8% eram fumadores ativos.
A população do estudo tinha um risco médio de eventos a 10 anos de 12% (elevado a muito elevado), segundo o SCORE2; 9.8% dos doentes apresentava risco baixo a intermédio, 47.5% risco elevado e 42.6% risco muito elevado.
Vigilância: 1) HTA: foi realizada avaliação tensional na última consulta a 46.2% dos doentes e no último ano a 75.6%. 2) DM: 36.5% de todos os doentes e 81.2% dos diabéticos dosearam hemoglobina glicada no último ano. 3) DL: 100% dos doentes realizaram avaliação do perfil lipídico no último ano.
CONCLUSÕES
De acordo com o presente estudo, 90.1% dos doentes incluídos apresenta risco vascular elevado ou muito elevado e carece, portanto, de otimização do rastreio, vigilância e intervenções primárias e secundárias de controlo dos fatores de risco. A

população em idade avançada apresenta, pelos anos de vida, risco vascular aumentado. É, portanto, fundamental vigiar e intervir agressivamente nas várias dimensões da tríade de risco - fatores de risco tradicionais, replicação viral e exposição à TARc -, de forma a minimizar a probabilidade de eventos vasculares e consequente impacto, tanto na qualidade de vida dos doentes como em custos socioeconómicos e de saúde pública.

CO n.º 1113

Avaliação das medidas de profilaxia do tromboembolismo venoso – Um estudo transversal

Catarina Santos(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Bárbara Rodrigues(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Pedro Moules(1);Rita Palma Féria(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Outro

Introdução
O tromboembolismo venoso é uma causa potencialmente evitável de morbimortalidade em doentes internados. A sua correta profilaxia passa por métodos farmacológicos ou, nos doentes com contraindicação para tal, por métodos mecânicos.

Objetivo
Avaliar a implementação das medidas de prevenção do tromboembolismo venoso nos doentes internados num serviço de Medicina Interna.

Material e métodos
Estudo observacional transversal, consultando, no mesmo dia, os processos clínicos dos doentes internados no serviço de Medicina Interna.
Numa primeira fase, avaliou-se risco trombótico individual de todos os doentes internados. Seguidamente, excluindo os doentes que já se encontravam previamente sob hipocoagulação terapêutica em ambulatório por qualquer patologia, foram identificados aqueles sob tromboprofilaxia (incluindo a profilaxia farmacológica ou mecânica), avaliando se a mesma se encontrava corretamente prescrita. Por fim, foram identificados os doentes que não se encontravam sob tromboprofilaxia, e foi consultado o processo clínico para procurar eventuais contraindicações ou justificações para tal.

Resultados
Numa amostra de 88 doentes, 95% tinham pelo menos um fator de risco trombótico (78%, quando excluído o fator de risco idade). 63 doentes não faziam hipocoagulantes em casa e por isso foram considerados potenciais candidatos a tromboprofilaxia no internamento. Destes, 54% estavam hipocoagulados profilaticamente, 33% com enoxaparina 40mg uma vez por dia e 21% com enoxaparina 20mg uma vez por dia. Dos profilaticamente hipocoagulados, 3 tinham contraindicações (uma trombocitopénia inferior a 75.000, um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico recente e uma coagulopatia). 29% dos doentes elegíveis não se encontravam hipocoagulados, dos quais 11% tinham contraindicações para hipocoagulação (sendo a mais frequente AVC isquémico recente) e 5% estavam sob simplificação terapêutica por mau prognóstico vital. Assim, identificou-se um total de 13% de doentes elegíveis para hipocoagulação, todos com fatores de risco trombóticos. Nenhum doente da amostra se encontrava sob tromboprofilaxia mecânica.

Conclusões
Apesar de uma correta prescrição da tromboprofilaxia farmacológica na maioria dos doentes, é ainda necessário um maior esforço no sentido de identificar todos os que beneficiariam de a receber. Adicionalmente, é necessário reforçar a utilização de meias de compressão em doentes com contraindicação para hipocoagulação.

CO n.º 1141

Rastreio de ferropenia em doentes internados com insuficiência cardíaca

Filipa de Oliveira Nunes(1);Catarina Santos(1);Rita Féria(1);Pedro Moules(1);Carolina Abreu(1);Joana Isabel Marques(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de hospitalização, sendo vários os fatores que podem contribuir para a sua descompensação.
A anemia e/ou a deficiência de ferro é frequente e associa-se a uma redução da capacidade de exercício, a um maior número de hospitalizações e a maior mortalidade (cardiovascular ou por todas as causas).
A Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) recomenda que se realize o rastreio de anemia e ferropenia nos doentes com insuficiência cardíaca e que se considere a suplementação com carboximaltose férrica nos doentes sintomáticos com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) < 45% ou nos doentes internados recentemente por IC com FEVE ≤ 50%.
Nos doentes com IC define-se ferropenia como concentração de ferritina sérica <100 ng/mL ou 100-299 ng/mL com saturação de transferrina <20%.
Assim, idealmente, nos doentes hospitalizados por IC esse rastreio deve ser feito antes da alta e, quando indicado, a respetiva suplementação endovenosa, com objetivo de reduzir o risco de internamento, assim como aliviar sintomas, melhorar a capacidade de exercício e a qualidade de vida.
Pretendemos, com este trabalho, perceber se esta recomendação da ESC está a ser cumprida.

Material e métodos:
Realizou-se um estudo observacional, transversal, tendo como amostra os doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca no serviço de Medicina Interna num determinado dia, e nos quais a insuficiência cardíaca descompensada fosse um dos problemas. Para tal, foi consultada a informação constante nos respetivos processos clínicos considerando o diagnóstico de insuficiência cardíaca, caracterização de FEVE, presença de anemia e/ou ferropenia e tratamento posterior. Procedeu-se à análise descritiva dos dados mediante frequências absolutas e relativas.

Resultados:
De um total de 167 doentes hospitalizados, 32 deles apresentavam IC descompensada, o que corresponde a 19% dos doentes. Destes, grande parte apresentava fracção de ejecção preservada ou IC não caracterizada, pelo que analisámos os 10 doentes que reuniam os critérios IC descompensada + FEVE reduzida/ligeiramente reduzida, nos quais foi solicitado o estudo da cinética do ferro em 40% dos casos. Dos 4 doentes em que o rastreio foi solicitado, um deles não se enquadrava nos critérios definidos para ferropenia, uma vez que apresentava valores de ferritina > 1000 ng/mL no contexto de infeção ativa, e os restantes apresentavam valores reveladores de défice de ferro. Apenas um doente tinha já realizado carboximaltose.

Conclusões

A importância de rastrear e tratar a ferropenia nos doentes com insuficiência cardíaca está bem estabelecida, mas na prática isso muitas vezes não se verifica. Apesar das limitações do estudo e do seu carácter transversal, importa reforçar e criar mecanismos para gerir e otimizar a terapêutica do doente com insuficiência cardíaca.

CO n.º 1143

Hipertensão e Doença Renal Crónica: Casuística de uma consulta

Marta Fernandes(1);Alexandra Machado(1);Diana Dias(1);Filipe Machado(1);Luís Andrade(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma doença cada vez mais prevalente, sendo um fator de risco para várias patologias, destacando-se a doença renal crónica (DRC). Esta pode ser a causa ou o resultado de HTA não controlada. Assim, o controlo tensional é essencial no atraso da progressão da DRC e na diminuição da morbimortalidade cardiovascular.

O objetivo deste estudo é caracterizar a população de doentes com HTA e DRC seguidos em consulta especializada num hospital secundário.

Material e métodos: Estudo retrospetivo de doentes seguidos em consulta externa de HTA entre janeiro-maio 2022. A ausência de DRC (critérios *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO)), foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada por meio do processo clínico informático. Foram recolhidos dados demográficos, fatores de risco cardiovasculares, comorbilidades, caracterização da HTA e DRC e fármacos à data da última consulta. A análise estatística foi realizada com SPSS v25.

Resultados: Dos 156 doentes avaliados, 38 (24%) apresentavam DRC. Destes, 24 (63.2%) eram do sexo masculino, com uma mediana de idades de 71.5 anos (AIQ 56). A maioria apresentava HTA essencial (84.2%; n=32), 10.5% (n=4) HTA secundária e 5,3% (n=2) ainda se encontravam em estudo. Considerando os alvos estabelecidos para cada doente de acordo com as comorbilidades, apenas 42,1% (n=16) se encontravam com adequado controlo tensional. A maioria dos doentes encontrava-se sob terapêutica anti-hipertensora dupla ou tripla (26.3%; n=10, respetivamente) e 34,2% (n=13) com 4 ou mais fármacos. As classes farmacológicas mais utilizada foram os inibidores do sistema renina angiotensina adosterona (76,3%; n=29), bloqueadores dos canais de cálcio (65,8%; n=25), diuréticos tiazídicos (42,1%; n=16) e diuréticos de ansa (26,3%; n=10).
Relativamente ao diagnóstico de DRC, verificou-se a presença de etiologia hipertensiva em 15 doentes (39.5%), multifatorial em 13 (34.2%), glomerular em 4 (10.5%), diabética em 3 (7.9%) e outra etiologia em 3 outros doentes (7.9%). A maioria dos doentes (44,7%; n=17) encontrava-se no estádio 3B da *KDIGO,* seguido do estádio 4 (23,7%; n=9). Relativamente à albuminúria, há uma distribuição semelhante entre o estádio A1 (36,8%; n=14) e A2 (31,6%; n=12). Cerca de 26% (n=10) dos doentes encontravam-se sob inibidores SGLT2. Dos outros fatores de risco vasculares, 100% dos doentes apresentavam dislipidemia, 47,4% (n=18) Diabetes *mellitus* tipo 2 e 44.7% (n=17) obesidade.

Conclusões: Dada a relação bidirecional entre a HTA e a DRC, verifica-se que a DRC é uma comorbilidade frequente. A população de doentes com HTA e DRC apresenta tendencialmente estádios mais avançados de DRC e valores de pressão arterial mais difíceis de controlar de acordo com os alvos recomendados, reforçando assim a importância do controlo precoce e estrito dos fatores de risco cardiovasculares. A

dimensão da amostra e o facto de se tratar de um estudo observacional, retrospetivo e transversal são limitações ao presente trabalho.

CO n.º 1177
LONG COVID – Haverá relação entre gravidade da infecção aguda e síndrome LONG COVID

Sara s. Santos(1);Beatriz Vitó Madureira(1);Daniela Soares(1);Gonçalo Sarmento(1);Sofia Osório Ferreira(1);Luís Neto Fernandes(1);Sérgio Gomes Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças respiratórias

A infeção pelo vírus SARS-CoV2 caracteriza-se por uma resposta inflamatória exuberante. A nível mundial, para além dos sintomas de fase aguda, tem-se verificado a persistência de sintomas várias semanas/meses após a infeção, sintomas estes que se enquadram numa síndrome chamado “Long-COVID”. Embora não exista ainda uma definição consensual, a «Long-COVID» é uma condição caracterizada por manifestações clínicas multissistémicas.
Avaliar a relação entre gravidade da infecção aguda por SARS-CoV-2 e persistência da sintomatologia após a fase aguda da infecção, avaliada através de escalas e questionários validados.
Foi realizado um estudo prospetivo, não interventivo, protocolado, tendo como amostra doentes com COVID-19 documentada pelo menos nos 3 meses anteriores à realização do estudo e que estiveram internados por COVD-19 num Serviço de Medicina Interna ou referenciados pelo médico assistente para a consulta de Long-COVID. Todos os doentes assinaram consentimento informado e autorizaram a utilização dos seus dados clínicos para a participação no estudo. Foram realizados inquéritos de forma presencial (Entrevista clínica e resposta a questionários: Modified Rankin Scale for Neurologic Disability (mRS); Post-COVID-19 functional status scale (PCSF); General Anxiety Disorder-7 (GAD-7); fatigue severity scale (FSS); mMRC (Modified Medical Research Council) Dyspnea Scale) relativos ao estado clínico após a doença, assim como controlo analítico. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS Statistics 28. Valor de $p<0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.
Foram avaliados 70 doentes, maioritariamente do sexo masculino (57.1%), com idade média de 54.40, funcionalmente autónomos, provenientes sobretudo do internamento (85.7% dos casos). A duração média do internamento foi de 8 dias. Da amostra observada, 15.7% apresentaram doença ligeira, 14.3% doença moderada, 55.7% doença grave e 14.3% doença critica avaliada pela OSCI WHO SCALE.
A avaliação clínica e analítica ao abrigo do presente estudo teve lugar em média 184 dias após a cura da infecção.
Apenas 5.7% dos doentes referiram agravamento do estado funcional após COVID-19 (avaliado pelo inquérito PCSF). 13% dos doentes referiu dispneia pelo menos grau 2 na escala mMRC após a infecção COVID-19. 37.1% dos inquiridos referiu ansiedade moderada a alta e 5.7% referiu ansiedade severa após a infeção. 43% dos doentes apresentaram score> 25 na escala FSS.
A gravidade da infecção não se correlacionou com maior sintomatologia na síndrome Long-COVID.
Sendo esta uma entidade clinica recente são necessários mais estudos, maiores amostras e mais tempo de seguimento para estabelecer correlação fidedigna entre sintomatologia no Long-COVID e factores de bom e mau prognóstico no momento da infecção aguda.

CO n.º 1200

A prevalência da obstipação no internamento de Medicina Interna.

Ana Rita Oliveira Rego(1);Daniela Barroso(1);Elga Freire(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A obstipação é um problema comum nos doentes internados, principalmente idosos. A etiologia muitas vezes é multifatorial e pode relacionar-se com a doença aguda e idade avançadas, a diminuição da atividade física, uma dieta pobre em fibras, fármacos obstipantes, depressão, deterioração cognitiva e falta de privacidade no ambiente hospitalar.
Este problema tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, mas também se associa a maior morbilidade e aumento da duração de internamento, pelo que um reconhecimento desta patologia e tratamento eficaz melhora o outcome dos doentes.
Métodos: Estudo observacional retrospetivo de todos os doentes internados no Serviço de Medicina Interna num hospital central e universitário com o objetivo de identificar a prevalência da obstipação. A presença de obstipação foi recolhida através de registos da equipa médica e de enfermagem, considerando obstipados os doentes com menos de 3 dejeções semanais (dejeção de 3 em 3 dias) ou na presença de fecalomas. Nesta amostra foram excluídos doentes com internamento < 5 dias, sob laxantes para tratamento de hiperamonemia, a realizar prepação colónica, diarreia aguda e oclusão intestinal aguda.
Resultados: Seguindo os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 80 doentes. A mediana de idades foi 79 anos e 53% eram mulheres. Quanto ao nível de dependência funcional, 46% eram parcialmente dependentes, 28% autónomos e 26% totalmente dependentes. Os motivos de admissão foram infeções em 50%, progressão ou estudo de neoplasia em 10% e insuficiência cardíaca aguda em 8%. No dia da recolha de dados a mediana da duração de internamento era de 14,5 dias. As comorbilidades mais comuns identificadas foram a insuficiência cardíaca (59%), deterioração cognitiva (56%), diabetes mellitus (44%), doença pulmonar crónica (33%) e 8% tinham patologia gastrointestinal prévia. Dez porcentos dos doentes tinham obstipação crónica e 88% destes estavam sob terapêutica laxante.
Da análise dos dados a obstipação foi identificada em alguma altura do internamento em 68% dos doentes e o problema foi identificado pela equipa em 70% destes doentes. A média dos dias sem trânsito intestinal foi de 4,9 dias e 54% dos doentes realizaram terapêutica laxante. Os laxantes utilizados foram em 91% os de contato, osmóticos em 28% e amaciadores em 17%.
Os doentes obstipados estavam sob terapêutica com opióides em 33%, neurolépticos em 30% e diuréticos em 26%. Foram identificadas complicações agudas como a agitação em 11% e a retenção urinária aguda em 5%.
Conclusão: Este estudo demonstra que a obstipação é um problema frequente nos doentes internados no Serviço de Medicina Interna. Nesta amostra existe uma elevada percentagem de identificação do problema o que representa boa prática clínica, contudo existe também uma percentagem não desprezível de complicações. Considera-se importante a elaboração de protocolos para avaliação deste problema de forma a facilitar a sua abordagem sistemática e contínua.

CO n.º 1202

Retrato da insuficiência cardíaca num dia de internamento num hospital distrital

António Baptista Carvalho(1);Ana Oliveira(1);Fernando Matias(1);Carlos Rabaçal(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica cada vez mais prevalente nos serviços de internamento. Após este diagnóstico, os doentes têm em média um internamento por ano. Com o aumento de esperança média de vida, bem como o surgimento de fármacos modificadores de prognóstico, é esperado que o número de doentes com IC aumente de forma significativa ao longo dos próximos anos. Atualmente existem 3 grandes tipos de fenótipos de IC: com fração de ejeção preservada (ICFEp), com fração de ejeção ligeiramente reduzida (ICFEm) e com fração de ejeção reduzida (ICFEr). É desejável que a terapêutica modificadora de prognóstico seja iniciada e optimizada logo que possível.
Objetivos: Caracterizar da população de doentes internados com o diagnóstico de insuficiência cardíaca num hospital distrital.
Metódos: Estudo transversal e retrospectivo dos doentes internados há mais de 24 horas nos diferentes serviços de internamento de adultos de um hospital distrital, num dia escolhido aleatoriamente no ano de 2021, com o diagnóstico de IC.
Resultados: Numa população de 251 doentes internados, 12% tinham o diagnóstico de IC. 62% dos doentes eram do sexo feminino. A idade média dos doentes foi de 78,4 anos e os internamentos tiveram uma duração média de 18,6 dias. Quanto aos fenótipos de insuficiência cardíaca, 52% dos doentes tinha ICFEp, 24% tinha ICFEm e 14% tinha ICFEr. 10% dos doentes tinham apenas disfunção do ventrículo direito e 21% tinha disfunção bi-ventricular. Quanto a comorbilidades, 90% dos doentes tinham hipertensão arterial, 79% tinham dislipidemia, 66% doença renal crónica, 38% diabetes mellitus tipo 2, 12% doença arterial coronária, 24% doença cerebrovascular, 10% doença arterial periférica, 24% obesidade, 14% tabagismo, 59% fibrilhação auricular e 72% anemia. Quanto à terapêutica prévia aos internamentos, 14% estavam sob terapêutica com inibidores da SGLT-2, 72% sob IECA / ARA II, 69% sob beta-bloqueante, 28% sob espironolactona, 45% sob anticoagulação. Na terapêutica após alta, verificou-se apenas uma alteração ao nível dos doentes medicados com espironolactona (31%). Note-se que nenhum doente estava ou foi medicado com ARNI, bem como a percentagem de doentes sob inibidores de SGLT-2 não se modificou à data da alta dos internamentos.
Conclusão: Atualmente, existem novas opções terapêuticas para os doentes com o diagnóstico de IC. O internamento é um momento fundamental para iniciar e otimizar terapêutica modificadora de prognóstico, nomeadamente ARNI e inibidores da SGLT-2. Neste retrato de um dia conseguimos demonstrar a realidade de um hospital distrital, ficando evidente, apesar da pequena amostra, a necessidade de otimização na gestão destes doentes e consequente melhoria de prestação de cuidados.

CO n.º 1303

A Pele e a Medicina Interna, Experiência de um Serviço

Elisa Macedo Brás(1);Raquel Costeira(1);Nuno Ferreira da Silva(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Outro

Introdução: As alterações cutâneas são muitas vezes um desafio diagnóstico, quer pela sua diversidade de apresentação, relação com patologia sistémica e impacto na qualidade de vida dos doentes. A biópsia cutânea não é um procedimento habitual na enfermaria de Medicina Interna, contudo devido à sua facilidade de execução e informação fornecida pode ser uma forte aliada na marcha diagnóstica.
Objetivo: demonstrar a importância da biópsia de pele no âmbito do legis artis da Medicina Interna.
Material e métodos: estudo retrospetivo com análise de todas as biópsias de pele realizadas no serviço de Medicina Interna nos últimos 2.5 anos (outubro 2019 até abril 2022). Os dados foram obtidos através de revisão do processo clínico digital e da recolha de fotografias com consentimento verbal dos doentes.
Resultados: Foi obtida uma amostra com um total de 91 doentes, 63% do sexo feminino, com média de idades de 52 anos; 58% das biópsias foram realizadas na consulta externa e as restantes no internamento. O método de biópsia escolhido foi o punch. As amostras foram colhidas a fresco em solução salina para análise por imunofluorescência e preservadas em formol para análise microscópica.
O tipo de lesão mais comum foi a púrpura (16.5%), seguida do exantema descamativo (14.3%), do exantema maculopapular (12.1%) e das bolhas (9.9%). O local anatómico mais vezes sujeito a biópsia foram os membros inferiores (40% dos doentes), seguido da região do tronco e dorso (21%) e dos membros superiores (7.7%). Em 19% dos doentes foram biopsados vários locais anatómicos. Não foram registadas complicações da técnica em nenhum doente.
Após análise das amostras o grupo fisiopatológico mais comum foi o das doenças imunomediadas, contando para mais de dois terços das entidades presentes (78%), seguido da patologia infeciosa (8.8%) e das doenças degenerativas (3.3%); apenas um paciente apresentou uma lesão maligna (carcinoma espinocelular). Por sua vez os diagnósticos mais frequentes foram lúpus cutâneo e vasculite cutânea (13.2% cada), toxicodermia (8.8%), eritema nodoso (6.6%) e penfigóide bolhoso (5.5%). Em 67% dos doentes a biópsia de pele corroborou o diagnóstico inicialmente proposto; em 24.2% o resultado da biópsia revelou uma patologia diferente da inicialmente suspeitada; em 8.8% a biópsia apresentou um resultado inespecífico. Em todos os doentes o resultado da biópsia permitiu uma abordagem direcionado e otimizada da patologia identificada.
Discussão: A diversidade das lesões cutâneas dificulta um diagnóstico com base apenas na inspeção. Além disso as lesões de pele podem ser o mais precoce e, por vezes, o único sinal ao exame objetivo de doença sistémica. A histologia ao documentar um diagnóstico é uma forte ferramenta na orientação dos nossos doentes. Desta forma a biópsia cutânea aumenta o grau de certeza do diagnóstico, permite dirigir terapêuticas e investigação suplementar de uma forma mais acertada e convicta e melhorar o prognóstico dos nossos doentes.

CO n.º 1313

Esclerose Sistémica num doente com Distrofia Muscular

Sara Moutinho-Pereira(1);Eurico Morais-De-Sá(2);Helena Greenfield(1);p. Ricardo Pereira(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S) e Instituto de Biologia Molecular e Celular (IBMC), Universidade do Porto, Portugal

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A génese das doenças autoimunes (DAI) permanece um tópico de debate. A esclerose sistémica (ES) é uma DAI do tecido conjuntivo caracterizada por fibrose da pele e alguns órgãos. Os anticorpos anti-topoisomerase-I (Topo-I) estão presentes em 20-40% destes doentes associam-se ao desenvolvimento de fibrose pulmonar. Foram identificados epítopos imunodominantes da Topo-I e está descrito que os doentes com ES têm respostas proliferativas a um grande número de péptidos relativamente aos controlos, o que sugere “epitope spreading”, um fenómeno que consiste na diversificação da resposta imune a partir de um epítopo inicial dominante. Este fenómeno tem um papel crucial em vários modelos de DAI. As distrofias musculares de cinturas (DMC) são um grupo de doenças raras que afectam a função muscular. A DMC tipo 2G é causada pela mutação c.157C>T no gene da teletonina que codifica uma proteína sarcomérica que interage com a proteína titina, contribuindo para a integridade estrutural do disco-Z que, no caso desta mutação, é perdida, levando a uma fraqueza proximal dos membros.
Apresentamos o caso de um doente de 36 anos com DMC tipo 2G que desenvolveu ES com fibrose pulmonar, doença restritiva grave, apresendando anticorpos antinucleares positivos (1:640) padrão mosqueado e anticorpos anti-Topo-I. O doente iniciou terapêutica imunossupressiva e posteriormente o agente antifibrótico nintedanib com melhoria clínica gradual, sem agravamento das provas de função respiratória. Não foi descrita até à data qualquer associação entre ES e distrofia muscular.
OBJECTIVO: Investigar possíveis mecanismos moleculares e imunológicos que possam explicar o desenvolvimento de ES num doente com uma distrofia muscular específica.
MATERIAL E MÉTODOS: Foi feita a comparação entre as sequências de aminoácidos da teletonina com a mutação c.157C>T e do epítopo imunodominante aa489-573 da Topo-I. A análise das sequências foi feita usando a ferramenta online LALIGN que compara as proteínas emparelhadas. Foi gerada a estrutura tridimensional da teletonina mutada usando o servidor de modelação de homologia de estrutura de proteínas SWISS-MODEL.
RESULTADOS: A mutação da teletonina do nosso doente (c.157C>T), resulta num codão stop prematuro, levando à formação de uma proteína truncada. Identificámos uma sequência de 11 aminoácidos com homologia significativa entre o epítopo imunodominante aa489-573 da Topo-I e a teletonina mutada. O modelo da estrutura 3D do domínio da teletonina com ligação à titina prediz que esta proteína truncada apresenta a sua estrutura secundária alterada, resultando na exposição desta sequência de aminoácidos. Postulamos que a exposição deste local imunogénico na teletonina truncada tem potencial para desencadear uma resposta imune.
CONCLUSÕES: Lançamos a hipótese de que a teletonina mutante pode induzir alterações estruturais no disco-Z que resultam em rabdomiólise – o nosso doente apresentava níveis persistentemente elevados de CK. O dano tecidual de um processo inflamatório primário como a rabdomiólise pode causar libertação e exposição de

antigénios previamente inacessíveis como a titina, uma proteína que é detectada em soro de doentes com ES. A nossa análise sugere que a forma truncada da teletonina também pode ter potencial imunogénico, levando a uma resposta autoimune secundária contra antigénios novos libertados. O fenómeno de “epitope spreading” tem potencial para amplificar este processo, como demonstrado noutros contextos semelhantes.

CO n.º 1327

Instituímos corretamente a antibioterapia nas infeções do trato urinário? - casuísta de um serviço

Rosário Eça(1);Diogo Faustino(1);Luis Reis Almeida(1);Marta Mello Vieira(1);Cristiano Gante(1);Leonor Coutinho Soares(1);André Rebelo Matos(1);Adriana Watts Soares(1);Rita Pocinho(1)
(1) MEDICINA 1 - CHLC - HOSPITAL DE S. JOSÉ

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
As infeções são uma das principais causas de internamento num Serviço de Medicina assumindo as infeções do trato urinário (ITU) um papel de destaque.1,2Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência de resistência bacteriana, com a emergência de agentes multirresistentes o que dificulta a instituição do melhor esquema de antibioterapia.1,3 Assim, torna-se pertinente o conhecimento sobre a prevalência dos agentes microbianos e sua suscetibilidade aos antibióticos de modo a ter instituir a antibioterapia mais eficaz.2,3

Objetivo:
Este estudo visou avaliar os microorganismos isolados em uroculturas de doentes internados por ITU nosocomiais, terapêutica empírica instituída e padrões de susceptibilidade.

Material e métodos:
Estudo descritivo retrospetivo realizado entre Dezembro de 2021 e Maio de 2022 num Serviço de Medicina. Foram incluídos todos os doentes admitidos com diagnóstico de ITU nosocomial, tendo sido avaliado de forma descritiva a antibioterapia instituída empiricamente, agentes isolados e respetivo antibiograma.

Resultados:
Satisfizeram os critérios 77 doentes sendo a maioria (58,4%) do sexo feminino, com idade média de 80 anos (±10,4). Entre as co-morbilidades estudadas as predominantes foram doença renal crónica em 21 doentes (27,3%) e obstrução trato urinário (litíase renal/ neoplasia/hiperplasia benigna próstata) em 23 doentes (29,9%). 63 doentes (81,8%) apresentavam ITU de repetição.
Na maioria dos casos (81,8%) a urocultura foi colhida previamente à instituição de antibioterapia com uma rentabilidade de 89,6%. Foram isolados 9 agentes, sendo os mais comuns a Escherichia coli (35,1%), Klebsiella pneumoniae (15,6%) e a Pseudomonas aeruginosa (14,3%). As antibioterapias empíricas mais prescritas foram o Ceftriaxone (33,8%), Amoxiciclina-Ácido Clavulânico (19,5%) e o Cotrimoxazol (12,9%), tendo esta sido alterada em 36,4% dos casos, sendo a principal razão a fraca resposta clínica (20,7%). A referir que a 8 doentes (12,9%) foi prescrito empiricamente Piperaciclina+Tazobactan, por evidência de fatores de risco para ITU complicadas, tendo esta sido mantida em 5 casos.
No que se refere às sensibilidades este estudo aponta a Amoxiciclina e Ácido-clavulânico com elevada eficácia para a E.coli (87,8%), bem como o Ceftriaxone (75,2%). A Nitrofurantoina apresentou um nível de eficácia de 53,4%. Já a Pseudomonas aeruginosa apresentou uma sensibilidade de 55,6% à Gentamicina e de 33,3% à Piperaciclina+Tazobactan, e a Klebsiella pneumoniae uma sensibilidade de

38,6% à Amicacina e 87,5% ao Ertapenem. Ao comparar os resultados com a carta epidemiológica vigente estes são sobreponiveis apenas na Klebsiella pneumoniae.
A salientar o isolamento em cinco uroculturas (6,5%) de agentes microbianos produtores de β-lactamases de largo espectro (ESBL), em que todos eram sensíveis ao meropenem, sendo a E.coli (4 casos) o agente mais frequente.

Conclusões:
A antibioterapia empírica adequada para o tratamento da ITU deve basear-se no conhecimento dos principais agentes e seu perfil sensibilidade da instituição em causa.1,2 Este estudo demonstrou a consciencialização dos clínicos face à mesma na medida em que, apenas foi modificada em 36,4% dos casos. A referir que a E.coli foi o agente patógeno predominante apresentando percentagens de sensibilidade elevadas a Amoxiciclina e Ácido-clavulânico e ao Ceftriaxone.

CO n.º 1342
ASSOCIAÇÃO ENTRE SARCOPENIA E A QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Leonor Silva(1);Luciana Silva(1);Inês Neves(1);Inês Soares(1);Raquel Moura(1);Catarina Pereira(1);Tiago Gregório(1);Joana Pimenta(1);Joana Mascarenhas(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A sarcopenia é um problema frequente nos doentes com insuficiência cardíaca (IC) e associa-se a maior gravidade sintomática e menor qualidade de vida. Uma das formas de manifestação da sarcopenia é a perda de força muscular, a qual pode ser avaliada pela força de preensão palmar (FPP).

Objetivo:
Avaliar a FPP como marcador de força muscular numa população de doentes com IC e estudar a sua associação com a qualidade de vida e sintomas.

Materiais e métodos:
Estudo transversal unicêntrico que incluiu doentes com IC consecutivamente avaliados em consulta, entre Janeiro de 2020 e Março de 2022. Foi avaliada a FPP com recurso a um dinamómetro, realizando-se 3 medições para cada doente e considerando posteriormente o valor médio. A qualidade de vida foi avaliada através do questionário Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) e os sintomas através da classificação NYHA. A correlação entre FPP e qualidade de vida/ sintomas foi testada através do r de Pearson e os preditores de qualidade de vida foram avaliados através de regressão linear, usando $p<0.20$ como critério de inclusão no modelo final. Valores de $p<0.05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados:
Foram incluídos 55 doentes, 45% do sexo masculino, com mediana de idades de 77,5 (70-83) anos e dos quais 60% se encontrava em classe NYHA II e 20% em classe III. De acordo com Frailty scale, 20% apresentava fragilidade ligeira, moderada ou grave (>4 pontos). No KCCQ, 43,4% apresentava um estado de saúde bom a excelente (>75 pontos) e 34% normal a bom (50-74 pontos).
A FPP correlacionou-se positivamente com o KCCQ ($r=0,480$, $p < 0,01$) e negativamente com a classe NYHA ($r= - 0,346$, $p=0,01$). Na análise univariável, verificou-se uma associação entre a qualidade de vida e FPP ($\beta=1.38$, $p<0.01$), NYHA ($\beta=-27.69$, $p<0.01$), Fragilidade ($\beta=-13.17$, $p<0.01$), idade ($\beta=-0.855$, $p<0.01$) e sexo ($\beta=13.38$, $p=0.042$). Na análise multivariável, apenas a classe funcional NYHA ($\beta=-18.80$, $p<0.01$), a idade ($\beta=0.792$, $p=0.02$), a fragilidade ($\beta=-6.89$, $p=0.01$) e a FPP ($\beta=0.95$, $p=0.01$) foram preditores independentes da pontuação do KCCQ.

Conclusão:
A FPP correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida e negativamente com os sintomas na insuficiência cardíaca, sendo um preditor independente de qualidade de vida. Os resultados deste estudo sugerem que a FPP pode ser um instrumento útil na avaliação e monitorização da sarcopenia nos doentes com insuficiência cardíaca.

CO n.º 1346
Determinação do antigénio do core do VHC como alternativa à determinação da carga viral

Leandro Valente(1);Lurdes Correia(1);Adélia Simão(1);Lurdes Martins(1);Armando Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A nível mundial, a hepatite C causou cerca de 290.000 mortes em 2019, a maioria por cirrose e carcinoma hepatocelulares; a atual terapêutica cura a infeção em quase todos os doentes, mas ainda há 59 milhões de infetados, A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) é assintomática até estádios avançados, sendo essencial o diagnóstico precoce. A deteção do ARN-VHC no soro ou no plasma, por reação em cadeia com a polimerase (PCR) é o método mais rigoroso para confirmar a infeção, mas quando não é acessível recomenda-se o antigénio do core (AgVHC).
Objetivo: Comparar a determinação do AgVHC com a do ARN-VHC por PCR no diagnóstico da infeção pelo VHC na vida real.
Métodos: Estudo retrospetivo dos doentes a quem foi determinado no soro o AgVHC (Architect) entre 2019 e 2020. O *cutoff* para considerar um valor de AgVHC como reativo foi de 3fmol/L. Em todos os casos foi determinado também o anti-VHC. O ARN-VHC foi quantificado (rtPCR) nos doentes com anti-VHC positivo e num negativo. Comparámos os resultados de AgVHC e ARN-VHC nos 19 doentes em que ambos foram avaliados. Utilizamos o software IBM SPSS (versão 25) e o teste de *Spearman,* após linearizar as variáveis para log (ARN-VHC) e log (AgVHC).
Resultados: Foram incluídos 23 doentes, com idade média de 50,04 anos (17 – 84), 16 homens e 7 mulheres. O anti-VHC foi positivo em 18. O ARN-VHC foi detetado em 9/19 indivíduos (com valores > 1000 UI/ml), e o AgVHC foi positivo em 11/23, em qualquer dos casos apenas nos doentes com anti-VHC positivo. Nos doentes com ARN-VHC, o AgVHC estava presente em todos. Nos indivíduos com ARN-VHC indetetável (10), o AgVHC foi positivo em 2 (20%). O valor de *rho* de Spearman foi de 0,948. O teste AgVHC teve 80% de especificidade e 100% de sensibilidade.
Conclusões: Na nossa amostra encontrámos uma forte correlação entre os resultados de ARN-VHC por PCR e de AgVHC, como tem sido descrito. A presença de AgVHC em dois casos com ARN-VHC indetetável corresponderá muito provavelmente a falsos positivos. A utilização do AgVHC como alternativa à PCR para determinação do ARN-VHC deve ser vista com reserva e restrita a indivíduos com acesso difícil a esta última técnica.

CO n.º 1362

Ganhos em saúde nos doentes crónicos complexos integrados numa equipa dedicada

FATIMA LEAL-SEABRA(1);Alzira Morais(1);António Oliveira(1);Eduarda Almeida(1);Maria João Carvalho(1);Miguel Fontes-Pereira(1);Patrícia Rocha(1);Susana Gonçalves(1);Jorge Martins(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A literatura evidencia que as pessoas que vivem com várias doenças crónicas e polimedicadas, têm um risco aumentado de declínio funcional, com consequente aumento de consumo de cuidados de saúde e perda de qualidade de vida. Deste modo, surgem novos modelos de abordagem de doentes crónicos complexos (DCC) em que as equipas estão voltadas para a integração de cuidados e colocam o doente como a centralidade dos cuidados em saúde, personalizando os cuidados.
Objectivo: Identificar os ganhos em saúde no estado funcional, na depressão geriátrica e auto-perceção de saúde nos DCC acompanhados por equipa dedicada.
Materiais e métodos: Estudo descritivo e comparativo estado funcional pelo Índice de Barthel e a Escala de Lawton-Brody, dos sintomas de depressão pela escala de depressão geriátrica de Yesavage e da auto-percepção da saúde dos DCC à admissão e aos 365 dias de acompanhamento pela Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos (ESDCC). Caracterização demográfica, das comorbilidades, episódios de urgência (5 ou mais) e internamentos (2 ou mais) nos 365 anteriores à integração à ESDCC e polimedicação
Resultados: Foram incluídos 69 doentes com idade mediana de 80 anos (mínimo 54 e máximo 93), 62,3%(n 43) eram do sexo feminino, 98,6% (68) estavam polimedicados cuja mediana do número de fármacos era de 10 (mínimo 5 e máximo 19). Quanto às comorbilidades: 84,1%(n 50) tinham insuficiência cardíaca, 65,2%(n 45) diabetes mellitus, 60,9%(n 42) doença pulmonar crónica, 52,2%(n 36) doença renal crónica, 36,2%(n 25) doença cerebrovascular, 8,70%(n 6) doença hepática crónica e 4,34%(n 3) neoplasia ativa; 42,0%(n 29) tinham 5 ou mais episódios de urgência no ano anterior à admissão na ESDCC e 27,5%(n 19) 3 ou mais internamentos. Na admissão 69,6% (n 48) pontuava menos de 90 no Índice de Barthel e 94,2% (n 65) pontuaram mais de oito na Escala de Lawton-Brody, sendo dependentes. Aos 365 dias, 59,0%(n 40) e 91,3%(n 63) eram dependentes segundo o Barthel e a Lawton, respectivamente. Quanto à depressão à admissão: 36,2%(n 25) não tinham depressão, 33,3%(n 3) tinham depressão ligeira e 30,4%(n 21) depressão grave. Aos 365 dias constatou-se que 52,2%(n 36) não tinham depressão, 34,8%(n 24) tinham depressão ligeira e 13%(n 9) depressão grave. Relativamente à auto-perceção da saúde na admissão, 11,6%(n 8) classificou como “Boa”; 36,2%(n 25) como “Satisfatória” e 52,2%(n 36) como “Má”. Aos 365 dias, 14,5%(n 10) doentes consideraram “Boa”; 71%(n 49) classificaram como “Satisfatória” e 14,5%(n 10) classificaram como “Má”.
Conclusões: Os DCC têm benefício em ser acompanhados por equipas dedicadas, uma vez que num ano nota-se uma redução dos sintomas sugestivos de depressão e melhoria da sua percepção de saúde. Quanto ao estado funcional as melhorias são muito discretas.

CO n.º 1370

CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

Sandra Cunha(1);Bárbara Lemos(1);Miguel Pires(1);Patrícia Gomes Pereira(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Outro

INTRODUÇÃO: O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial, com uma prevalência significativa na população e com padrão crescente. É fator de risco para múltiplas patologias, sendo as cardiovasculares e as pulmonares as mais importantes. Pela sua componente aditiva torna-se difícil a cessação, frequentemente com necessidade de ajuda especializada.
OBJETIVOS: Caracterização dos doentes seguidos numa Consulta de Cessação Tabágica (CCT) de um hospital e análise da taxa do sucesso com patologias prévias.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo dos doentes seguidos em CCT entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021, através dos registos no SClinic. Foi feita análise dos parâmetros sociodemográficos, nº de consultas, proveniência, carga tabágica [unidades maço/ano (UMA)], idade de início dos consumos, grau de dependência (escala de Fargerström), tentativas prévias de cessação, terapêutica instituída, comorbilidades e relação da taxa de sucesso com as mesmas.
RESULTADOS: Foram incluídos 224 doentes, a maioria homens (58%; n=131), com média de idades de 53±10anos. Verificou-se que 19,2% (n=43) é referenciada a partir da consulta de Cardiologia. A média de idades de início de consumos foi aos 17±4anos, a carga tabágica de 35±21UMA, observando-se em 17% (n=38) consumos superiores a 50UMA. Verificou-se que 68% (n=152) dos doentes apresentavam um grau de dependência elevado/muito elevado. Em relação à terapêutica, 41% (n=91) foram submetidos a terapêutica de substituição de nicotina e 74% (n=165) a psicofármacos. O nº médio de consultas foi de 4±3, sendo que 22% (n=49) abandonaram o seguimento ao fim da 1ª consulta. Da análise das comorbilidades: 22% (n=50) apresentava patologia cardiovascular e 20% (n=44) patologia pulmonar prévias. A taxa de cessação tabágica foi de 17% (n=39), sendo esta maior na doença cardiovascular (32%; n=12), em comparação com a pulmonar (18%; n=8). Dos casos analisados, 12% (n=26) apresentavam patologia psiquiátrica, sendo que desses, 35% (n=11) abandonaram o seguimento após a 1ª consulta. Analisando a regressão de consumos nos doentes que não os cessaram, conclui-se que a média de regressão é 7±7 cigarros, sendo o intervalo de diminuição de 1 a 5 o que tem uma maior percentagem (27%; n=37).
CONCLUSÕES: Este estudo demonstra a dificuldade da abstinência tabágica, estando esta associada a diversos fatores, nomeadamente a ausência de motivação do doente, que se reflete na elevada taxa de abandono ao fim da primeira consulta, o elevado grau de dependência de nicotina e a não adesão à terapêutica. A existência de uma consulta especializada, de preferência multidisciplinar, na abordagem destes doentes é de extrema importância. A taxa de cessação tabágica foi superior em doentes com um evento cardiovascular prévio em comparação com aqueles com patologia pulmonar, realçando a importância da sinalização e abordagem precoces dos doentes após evento cardiovascular.

CO n.º 1395

Fazer melhor em tempos limite: a experiência de uma UCIM durante um ano pandémico

Pedro Pires(1);Rita Prayce(1)
(1) Unidade Funcional Medicina 1.2 - Hospital de São José - CHULC

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A pandemia por SARS-COV-2 obrigou a uma reestruturação de todo o sistema hospitalar, em especial nos períodos de maior pressão (como no primeiro semestre de 2021). Esta adaptação teve efeitos colaterais nas áreas não-COVID, como por exemplo nas Unidades de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM).
Objetivo: Analisar o impacto das reestruturações da adaptação hospitalar à pandemia SARS-COV-2 numa UCIM de um Hospital Central Terciário durante o ano de 2021.
Material e Métodos: Análise retrospetiva das bases de dados da UCIM (microsoft database®) em 2021, comparando com o período homólogo de 2020.
Resultados: Do ponto de vista organizativo, a pressão gerada pelas áreas COVID motivou rápidas reestruturações e flexibilização da equipa, com destacamento rotativo de médicos e enfermeiros, causando menor continuidade de cuidados e perda de referências de trabalho. Houve necessidade de mudança do espaço físico da UCIM, redução do número de camas durante o período de maior pressão, constrangimentos pontuais na utilização de suporte ventilatório não-invasivo, necessidade de atualização constante e formação de elementos menos familiarizados com o ambiente da UCIM. Lidou-se ainda com menor apoio das restantes especialidades, mas promovendo-se uma articulação mais estreita com outras valências, em especial as UCI e o Serviço de Urgência (SU). Apesar destas condicionantes, em 2021 a UCIM aumentou o número de admissões em 10% (n=341 em 2021 vs 310 em 2020), mantendo taxa de ocupação superior a 90% e reduzindo a demora média em 1 dia (5.6 vs 6.6 dias). Tratavam-se de doentes mais jovens (67.9 vs 73.4 anos) e com um perfil ligeiramente diferente do habitual, passando a predominar o step-down de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e representando as UCI e o SU 62% do total de admissões. Tal atesta a importância da UCIM nos circuitos de drenagem de doentes críticos não-COVID e COVID (8% das admissões representaram doentes com pneumonia grave SARS-COV-2 descalados para a UCIM quando cumpriram cura). Houve uma redução de doentes provenientes das enfermarias e das admissões eletivas, justificada pela diminuição da atividade programada. A taxa de mortalidade foi superior (10.6 vs 9.0%), em especial no 1º semestre (14.2%), e mais doentes foram transferidos para UCI em step-up (10.8 vs 8.1%). Cerca de 30% dos doentes tinham teto terapêutico definido, menos que em 2020 e que se justificará pelos critérios mais restritos neste período.
Conclusão: O ano de 2021 foi desafiante em geral para os hospitais e obrigou a reestruturações rápidas e profundas durante os períodos de maior pressão pandémica. Apesar disso, a UCIM adaptou-se e desempenhou um papel crucial na gestão de doentes críticos, conseguindo aumentar o número de admissões e reduzir a demora média. Tal atesta a importância fulcral desta valência na estrutura hospitalar, funcionando como charneira entre a tríade SU-UCI-enfermarias, e garantindo os melhores cuidados aos doentes críticos, mesmo em tempos limite.

CO n.º 1414

Rácio neutrófilo-linfócito na infeção a Clostridioides difficile: qual o seu papel?

Margarida I. Nascimento(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Ana David do Carmo(1);Beatriz Tallon(1);Inês t. Margarido(1);Paulo Paixão(1);Filipa Malheiro(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O rácio neutrófilo-linfócito (NLR) é usado como marcador de inflamação subclínica e recentemente como fator de prognóstico nas doenças cardiovasculares e neoplásicas. O seu papel na colite a Clostridioides difficile (Cdiff), uma das principais causas de diarreia associada aos cuidados de saúde, ainda não está bem definido, mas estudos reportam a sua associação a gravidade e mortalidade.

Objetivo:
Avaliar a associação do NLR com a gravidade e outcome da colite a Cdiff.

Materiais e Métodos:
Estudo retrospetivo de doentes com isolamento de Cdiff num Hospital Universitário português, entre janeiro de 2015 e abril de 2022. Excluíram-se os portadores assintomáticos e os doentes cujo processo clínico estava incompleto. Foram analisados dados demográficos, comorbilidades, fatores de risco para infeção, avaliação laboratorial e desfecho clínico. Definiu-se a gravidade pelos critérios da IDSA, tendo-se calculado o índice de Charlson e o NLR. A análise foi realizada a partir do IBM SPSS® Statistics, versão 23.0. Variáveis contínuas são expressas como mediana e amplitude inter-quartil, enquanto as categóricas são expressas em frequência e percentagem. O coeficiente de Pearson foi utilizado para avaliar a correlação entre variáveis contínuas e os testes de Mann-Whitney e ANOVA foram utilizados para comparar variáveis contínuas e categóricas. Definiu-se P-value <0,05 como estatisticamente significativo.

Resultados:
Verificaram-se 60 casos de infeção por Cdiff, com predomínio do sexo feminino (71,7%) e uma idade de 75 ± 27 anos. O grau de dependência foi moderado a elevado em 46,7% dos doentes. O índice de Charlson foi de 5 ± 5, sendo as comorbilidades mais frequentes a hipertensão arterial (43,3%), neoplasia ativa (36,7%), insuficiência cardíaca (30,0%) e doença renal crónica (30,0%). Os principais fatores de risco foram a exposição a antibioterapia (85,0%), uso de inibidores da bomba de protões (40,0%) e a quimioterapia (18,3%). A maioria dos casos foram não graves (58,3%) ou graves (36,7%), havendo apenas 3 casos fulminantes (5,0%). A maioria dos casos tiveram origem em instituições de saúde (53,3%). Analiticamente, apresentavam um NLR de 5 ± 14 (mínimo 0,2; máximo 280,8). O tempo de internamento foi de 7 ± 18 dias. Da análise exploratória, denota-se que o NLR se correlaciona com o índice de Charlson (r=0,30; p=0,019), não se correlacionando com a idade (r=0,22; p=0,086) ou o tempo de internamento (r=0,24; p=0,062). O NLR teve uma associação estatisticamente significativa com a gravidade (p=0,043), não se associando à recorrência (p=0,446), nem à mortalidade (p=0,286).

Conclusões:

O estudo descreve o NLR como preditor de gravidade. A correlação entre o NLR e o índice e Charlson era esperada, dada a sua relação já estabelecida com as doenças cardiovasculares e neoplásicas incluídas neste índice. O NLR é um potencial marcador de gravidade na colite a Cdiff.

CO n.º 1435

Doente idoso numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital terciário

Beatriz r. Sousa(1);Andreia Amaral(2);Pedro Pires(1);Frederica Faria(3)
(1) Unidade Funcional Medicina 1.2 - Hospital de São José - CHULC (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos
(3) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: O aumento da esperança média de vida associado a um declínio da natalidade provocou um aumento da população idosa. Este aumento traduz-se também num aumento da admissão de doentes idosos nas Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Esta população tem características e necessidades específicas que merecem uma análise mais aprofundada.
Objetivo: Estudar as características, suporte de órgão realizado e o destino dos doentes idosos admitidos numa UCI e analisar a sua influência na mortalidade.
Material e métodos: Estudo retrospetivo do tipo observacional analítico. Foram incluídos doentes com ≥ 75 anos admitidos na UCI de um hospital terciário durante 6 meses (Outubro/2021 a Março/2022). Dados colhidos através da consulta de processos clínicos e analisados com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics (versão 23). Aplicação do teste t para variáveis contínuas e o qui-quadrado para categóricas, utilizando o intervalo de confiança de 95%, foi reconhecido significado estatístico quando $p<0,05$.
Resultados: Dos 417 doentes admitidos, 104 foram selecionados. Apresentavam uma média de idade de 81 ±3,54 anos. Relativamente ao tipo de admissão, 57% foram internados por causa médica. Cerca de 80% recebeu pelo menos 1 suporte de órgão - 76% suporte vasopressor com noradrenalina; 68,7% ventilação mecânica invasiva, média 5,3 (±5,34) dias; e 33% técnica de substituição da função renal. Quanto ao destino, 70% foram transferidos para enfermaria e 29% faleceram - dos quais, 18% inicialmente admitidos por causa médica e 11% por causa cirúrgica. Dos 74 doentes que sobreviveram ao internamento na UCI, 16,21% faleceram na enfermaria. Observou-se associação entre o Sequencial Organ Failure Assessment médio à admissão (8,14 vs. 6,29, $p<0,05$), número de suporte de órgão (1,18 vs. 1,86, $p=0,01$) e dose de noradrenalina administrada (30,47 vs. 87,94, $p=0,01$) e a mortalidade. Tal não se verificou nos restantes parâmetros avaliados, nomeadamente grau de dependência e tipo de admissão.
Conclusão: Com o aumento do número de doentes idosos admitidos nas UCI, onde a maioria recebe pelo menos 1 suporte de órgão, com uma taxa de mortalidade intra-hospitalar de 41%, torna-se premente o estudo dos fatores que influenciarão o prognóstico nesta população para melhor avaliação pré-admissão e abordagem.

CO n.º 1461

Estudo de coorte observacional de envolvimento pericárdico em pacientes com infecção por SARS-COV-2

Paulo Brites Ramos(1);Andreia Curto(1);Catarina Pereira(1);Inês Ferraz(1);Alice Rodrigues(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cardiovasculares

A infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) tem várias apresentações clínicas e afeta vários órgãos, incluindo o coração. Evidências crescentes agora apoiam que o COVID-19 afeta o sistema cardiovascular com lesão cardíaca aguda, alto risco de trombose, incluindo acidente vascular cerebral, embolia pulmonar e síndrome coronariana aguda. Por outro lado, muito pouca atenção tem sido dada ao derrame pericárdico.
O objetivo deste estudo de coorte observacional foi descrever as características dos doentes internados por COVID-19 com envolvimento pericárdico no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal.
Inscrevemos retrospectivamente pacientes com COVID-19 admitidos no hospital entre março de 2020 e maio de 2020 que simultaneamente apresentavam afecção pericárdica observada em exames de imagem (qualquer modalidade). Os dados foram coletados por meio de uma cuidadosa revisão do prontuário médico.
Foram incluídos 205 pacientes que tiveram PCR positivo e exame de imagem torácico ou cardíaco durante a internação. O envolvimento pericárdico foi observado em 8,4% dos pacientes, evidenciando principalmente a presença de derrame na TC (88%) ou ecocardiograma (41%). A idade mediana foi de 70 anos e 41% eram do sexo feminino. Nenhum dos pacientes evoluiu com tamponamento cardíaco e não foi necessária a realização de pericardiocentese também. Os exames laboratoriais mostraram mediana de PCR de 5,86 mg/dL e troponina de 22 ng/mL. O óbito ocorreu em 11% dos pacientes, o que não foi atribuído a complicações diretas do acometimento pericárdico.
Este estudo sugere uma alta prevalência de afecção pericárdica associada ao COVID19. Mais estudos são necessários para entender as implicações clínicas e a evolução a longo prazo dessas anormalidades em pacientes com COVID-19.

CO n.º 1488

Envolvimento renal por Amiloidose AA: 25 anos de experiência num Centro Hospitalar Terciário

Patrícia Amaral de Almeida(1);Filipe Mira(2);Helena Pinto(2);Emanuel Ferreira(2);Luís Rodrigues(2);Luis Escada(1);Vitor Sousa(1);Rui Alves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças renais

Introdução: A amiloidose AA (AAA) é uma complicação rara das doenças inflamatórias e infeções crónicas, resultante da deposição de substância amiloide A em órgãos-alvo, no contexto do aumento da sua produção, de forma prolongada e persistente. A sua incidência é de 1-2 casos por milhão de pessoas. A maioria dos doentes apresenta como primeira manifestação nefropatia com deterioração grave da função renal e proteinúria.
Objetivo: Caracterização demográfica e clínica de uma população de doentes com diagnóstico histológico de envolvimento renal por AAA num Centro Hospitalar Terciário.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo observacional do grupo de doentes com diagnóstico histológico de envolvimento renal por AAA realizado entre 1990 e 2016 num Centro Hospitalar Terciário. Foram avaliadas as seguintes variáveis: caracterização demográfica, valores laboratoriais, indicação para realização da biópsia renal (BR), patologias sistémicas associadas, terapêutica de substituição da função renal (TSFR), sobrevida renal e sobrevida global, com período de follow-up a 1, 3 e 5 anos;. Os dados foram obtidos através do processo clínico hospitalar e foram compilados e analisados em Microsoft Excel 2021®.
Resultados: Entre 1990 e 2016, 36 doentes foram diagnosticados com quadro inaugural de AAA com envolvimento renal (13 diagnósticos entre 1990 e 1999, 17 entre 2000 e 2009 e 5 entre 2010 e 2016). Apresentavam idade média, no momento do diagnóstico, de 58.7 ± 15.9 anos e 52.8% eram do sexo feminino. Cerca de 50% doentes tinham diagnóstico prévio de patologia inflamatória sistémica, 27.8% não apresentavam patologias prévias conhecidas, 8.3% apresentavam patologia infeciosa associada e outros 8.3% patologia neoplásica.
A indicação clínica mais frequente para realização de BR foi a síndrome nefrótica (69.5%), seguida de hematoproteinúria (HP) e proteinúria isolada. Dos 36 doentes avaliados, 61% apresentava disfunção renal à data de diagnóstico de AAA, com valor médio de creatinina sérica (vmCS) de 4.3 ± 2.4 mg/dL. Nos doentes sem disfunção renal, o vmCS foi de 0.9 ± 0.3 mg/dL. Cerca de 75% dos doentes iniciaram TSFR, 1/3 dos quais num período imediato e os restantes 2/3 num período tardio (> 3 meses após diagnóstico). O vmCS nos doentes que tiveram início imediato de TSFR foi de 8.87 mg/dL [0.6; 6.5] e nos doentes com início tardio da TSFR foi de 1.34 mg/dL [0.4; 2.8]. Os doentes que não iniciaram TSFR tinham vmCS de 2.5 mg/dL [0.8; 6.7].
No período de follow-up de 1 ano a sobrevida global foi de 61.5%, a 3 anos foi de 38.5% e a 5 anos foi de 19.2%. Particularizando pela indicação para realização de BR, os doentes com síndrome nefrótico e disfunção renal apresentaram a menor sobrevida global (8.2 meses [2 - 16]), seguindo-se os doentes que apresentaram HP e disfunção renal (12.5 meses [7; 18]). Por outro lado, os doentes com síndrome nefrótico sem disfunção renal apresentaram a maior sobrevida (46.5 meses [1-240]). Por último, a sobrevida renal foi de 57.7% no período de follow-up de 1 ano, 19.2% a 3 anos e 11.5% a 5 anos.
Conclusões: O envolvimento renal pela amiloidose AA, apesar de ser um diagnóstico raro, associa-se a um prognóstico muito desfavorável. O controlo da doença inflamatória

de base e a terapêutica de suporte dos órgãos lesados mantêm-se como base terapêutica. A vigilância de função renal e proteinúria em doentes com patologia inflamatória ou infeciosa crónicas considera-se de extrema importância, devendo a sua alteração motivar estudo precoce e eventual alteração da terapêutica imunossupressora.

CO n.º 1577

Rácio Plaquetas-Linfócitos (PLR) como preditor de outcome na hipertensão arterial primária.

Rita Pinho(1);Rui Ribeiro(1);Diana Ferrão(1);Margarida Freitas Silva(1);Maria João Lima(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

O rácio plaquetas-linfócitos (PLR) tem sido estudado como um marcador inflamatório em várias doenças como nas neoplasias malignas, doenças cardiovasculares, no tromboembolismo pulmonar, e na doença pulmonar obstrutiva crónica. A hipertensão arterial primária está intimamente associada à inflamação. Os indivíduos hipertensos com padrão não-dipper apresentam níveis significativamente mais elevados de PLR, comparativamente aos indivíduos com padrão dipper, sendo este rácio um fator preditor independente do padrão não-dipper. De facto, os indivíduos hipertensos com padrão não-dipper apresentam um risco maior de morbimortalidade cardiovascular. Assim, o nosso estudo pretende avaliar a relação do PLR com o padrão de hipertensão primária (dipper vs não-dipper) e com os outcomes cardiovasculares e morbimortalidade a curto e longo prazo.
Este estudo retrospetivo incluí indivíduos diagnosticados há pelo menos 3 anos com hipertensão primária e com registo de MAPA, seguidos em consulta externa de Medicina Interna entre 2017-2021. Os dados serão analisados com recurso ao Software Estatístico SPSS. Das variáveis em estudo, a destacar, o índice de massa corporal, carga tabágica, os valores médios diurnos e noturnos das pressões arteriais sistólica e diastólica, fármacos utilizados no controlo da hipertensão e valores laboratoriais como, glicose, creatinina, albumina, perfil lipídico, hemoglobina, número de plaquetas, número de linfócitos e proteínas totais.
Dada a prevalência das doenças cardiovasculares, o PLR poderá ser um marcador importante para uma melhor avaliação e orientação dos doentes com hipertensão arterial primária. Além disso é um marcador de fácil acesso, calculado através de um hemograma, um exame complementar de diagnóstico custo-efetivo e pedido por rotina a quase todos os indivíduos, seja em ambiente de consulta, urgência ou internamento.

CO n.º 1629

Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada, impacto dos novos critérios de diagnóstico

Ivo Alexandre Pina(1);Ana Catarina Pereira(1);Maria Rebelo(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Frade(1);Inês Urmal(1);Sofia Salvo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Nas últimas décadas verificou-se um aumento na prevalência de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEjP), contudo esta entidade permanece difícil de diagnosticar dada a dificuldade em determinar as condições preponderantes ao seu desenvolvimento.
Desde a recente demonstração de eficácia dos inibidores do SGLT2 (iSGLT2) na redução da mortalidade e hospitalizações por ICFEjP, surgiu uma necessidade mais premente de otimizar o diagnóstico da doença. Assim o score H2FPEF, criado a partir da avaliação de doentes com dispneia de causa cardíaca, visa identificar doentes com ICFEjP centrando-se num conjunto de comorbilidades com forte associação a esta. O score pontua entre 0 a 9 sendo 0-1 baixa probabilidade, 2-5 probabilidade intermédia e 6-9 elevada probabilidade de ICFEjP e incorpora 6 parâmetros: fibrilhação auricular (3 pontos), obesidade (índice de massa corporal > 30Kg/m², 2 pontos), idade > 60 anos, hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, e rácio E/e' ecocardiográfico > 9 (os 4 últimos valem 1 ponto cada).
Objetivo: Analisar a prevalência de ICFEjP numa enfermaria de Medicina, utilizando o score H2FPEF.
Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospetivo com todos os doentes internados na nossa enfermaria entre Janeiro e Abril de 2022. Identificaram-se inicialmente os doentes cujo sintoma central era dispneia. Em seguida excluíram-se os doentes cuja dispneia era de causa não cardíaca bem como os que apresentavam dispneia cardíaca atribuível a insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida ou a outra cardiopatia que não IC. Por fim aplicou-se o score H2FPEF aos restantes doentes, agrupando-os mediante a probabilidade de apresentarem ICFEjP. Os dados foram obtidos através do processo clínico dos doentes e analisados com recurso a Microsoft Excel.
Resultados: Analisaram-se 382 doentes (226 homens). Nesta população verificou-se que, embora 124 apresentassem dispneia como sintoma principal, em apenas 66 casos a dispneia era atribuível a causa cardíaca, sendo que destes, 39 não apresentavam outra patologia cardíaca ou IC com fração de ejeção reduzida na génese da dispneia.
Foi aplicado o score H2FPEF aos 39 doentes admitidos (20 homens e 19 mulheres. 10,2% da população) tendo 5 apresentado baixa probabilidade de ICFEjP, 20 probabilidade intermédia e 14 elevada probabilidade (6 dos quais homens). Os 14 indivíduos que cumpriram critérios de ICFEjP correspondem a 3,7% da totalidade da população estudada.
Conclusão: A prevalência de doentes com ICFEjP foi baixa, possivelmente devido à pequena amostra estudada e à existência de fatores confusionais simultâneos tais como infeções respiratórias ou outras doenças agudas. Ainda assim, a existência de terapêutica modificadora de prognóstico com impacto na morbimortalidade (iSGLT2) faz com que possamos atuar no curso natural da doença. Como tal todos os doentes identificados pelo score H2FPEF podem ser alvo de intervenção, o que representa uma importante mais valia.

CO n.º 1633

Atividade de uma Unidade de Medicina de Ambulatório – uma alternativa na gestão do doente agudo

Filipa Duarte-Ribeiro(1);Catarina Antunes Salvado(1);Andreia Freitas(1);Mariana Fidalgo(1);Raquel Barreira(1);Catarina Pereira(1);Carina Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Outro

Introdução: As Unidades de Medicina de Ambulatório (UMA) são uma necessidade atual e crescente dos sistemas de saúde. Permitem o diagnóstico precoce e o tratamento rápido em fase aguda de descompensação, diminuindo as urgências hospitalares e internamentos. Estabelecem ainda um elo de ligação direto aos cuidados de saúde primários (CSP), conduzindo a um acesso rápido e eficaz ao hospital.
Objetivo: caracterizar a atividade assistencial prestada em regime de consulta numa UMA.
Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo descritivo, com objetivo de analisar a atividade assistencial em regime de consulta registada numa UMA, de Outubro de 2021 a Março de 2022. Os dados recolhidos foram analisados em formato excel.
Resultados: Registaram-se 1162 consultas, das quais 682 foram primeiras consultas e 480 subsequentes. Eram do sexo feminino 330 doentes e do sexo masculino 352, com uma média de idades de 67 anos, mediana de 72, idade mínima de 18 anos e máxima de 100 anos. A maioria (65.4%) era proveniente do serviço de urgência (SU), seguido de outras consultas hospitalares (15.7%), internamento no serviço de Medicina Interna (SMI) (8.1%), CSP (6%), internamento em outros serviços hospitalares (2.9%) e internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) (1.9%). As doenças infeciosas constituíram o principal motivo de consulta (30.5%), seguido da insuficiência cardíaca descompensada (19.5%), doenças do foro hematológico com especial ênfase para a anemia (15.5%), distúrbios hidroeletrolíticos (4.1%), doença hepática crónica descompensada (3.8%), insuficiência renal aguda (3.7%), neoplasia em estudo (3.4%), diabetes mellitus descompensada (2.1%). Do total de doentes, 33.1% tiveram alta para os CSP, 31.2% para outra consulta hospitalar, 15% para outra consulta de Medicina Interna, 13.5% mantiveram seguimento, 4.1% tiveram necessidade de ser enviados ao SU, 2.5% foram internados na UHD e 0.4% no internamento do SMI.
Conclusões: As UMA permitem o diagnóstico precoce e gestão em ambulatório de doentes agudos evitando idas desnecessárias à urgência e prolongamentos do internamento convencional ou domiciliário. Estabelecem também uma importante ligação de proximidade e apoio aos CSP. A Medicina Interna enquanto especialidade holística tem um papel fundamental na gestão destas unidades, centrando os cuidados no doente e seu bem-estar.

CO n.º 1640

Carboximaltose Férrica e a sua Aplicação na Prática Clínica

Rita Aranha(1);Bruno Matos Gomes(1);Bernardo Macedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A carência de ferro é uma importante comorbilidade transversal a várias patologias, tais como a insuficiência cardíaca ou a doença renal crónica, sendo a causa mais comum de anemia. Apesar da carboximaltose não ser a primeira linha na suplementação de ferro, a sua utilização permite um tratamento eficaz e bem tolerado para a reposição rápida das reservas de ferro. No entanto, é um fármaco de elevado custo comparativamente com outros da mesma categoria, pelo que se torna importante avaliar as suas indicações e o seu uso na prática hospitalar.
Objetivo: Caracterização da população a quem foi administrada carboximaltose num centro hospitalar. Comparar quantidade de carboximaltose administrada e défice de ferro calculado pela fórmula de Ganzoni.
Material e Métodos: Estudo de coorte retrospetivo com caracterização da população a que foi administrada carboximaltose férrica registada pela Farmácia Hospitalar no primeiro trimestre de 2021. Recolha de dados demográficos, dados clínicos e laboratoriais, principais patologias que motivaram administração de ferro, e serviço onde foi realizada a terapêutica, através da consulta do processo clínico informático. Análise estatística realizada usando a correlação de Spearman, através do SPSS v.26; $p<0.05$ considerado como estatisticamente significativo.
Resultados: Verificou-se que existiram 149 doentes no primeiro trimestre de 2021 a quem foi administrada carboximaltose férrica, maioritariamente prescritas pelo serviço de Medicina Interna (N=88; 59.1%), grande parte também no internamento (N=65; 43.9%). A insuficiência cardíaca foi a patologia crónica mais prevalente nesta população (N=47; 40.5%). Apenas uma minoria de doentes tinha ferropenia sem anemia (N=21; 14.1%), todos os restantes tinham anemia concomitante. Verificou-se ainda que a média de hemoglobina da amostra era de 9.76g/dL. Quanto à aplicação da fórmula de Ganzoni verificou-se uma fraca correlação entre o cálculo do défice de ferro pela fórmula e a quantidade de carboximaltose administrada ($\rho=0.261$; $p<0.001$), sendo que 54 doentes fizeram quantidade inferior à estimativa de défice de ferro e apenas uma minoria (N=17) fez dose excessiva.
Conclusões: Este trabalho veio confirmar a impressão subjetiva do grande uso de carboximaltose férrica em contexto hospitalar, tanto em contexto de anemia como de ferropenia sem anemia, principalmente em contexto de doença crónica, como no caso da insuficiência cardíaca. No entanto, observa-se uma fraca correlação entre a quantidade administrada e o cálculo de défice de ferro, sendo que muitos doentes fizeram dose inferior às suas necessidades. Salienta-se a importância da necessidade de cálculo de défice de ferro para a validação de um uso adequado da carboximaltose, melhorando a suplementação de ferro de forma a providenciar melhor qualidade de vida a estes doentes.

CO n.º 1645

Abordagem do doente com limitação de suporte invasivo de órgão numa unidade de cuidados intermédios

Mónica Baptista Lopes(1);Ricardo Fortes(1);Henrique Coelho(1);João Cruz(1);Ana Bastos Furtado(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: As unidades de cuidados intermédios (UCInt) permitem a gestão de doentes que pela sua instabilidade ou com elevado potencial de descompensação necessitem de cuidados mais diferenciados do que os prestados em enfermaria, mas que não tenham critérios ou indicação para admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI).
Objectivo: Caracterizar os doentes admitidos numa UCInt sem indicação para medidas de suporte invasivo de órgão ou admissão em UCI.
Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise de todas as admissões em UCInt no ano de 2020. Foram identificados todos os doentes com limitação para suporte invasivo de órgão ou admissão em UCI (CL) e foram comparadas as características clínicas com as do grupo de doentes sem limitação terapêutica (SL). Os dados foram obtidos através da consulta do processo clínico informático dos mesmos.
Resultados: Foram analisadas 345 admissões das quais 29,9% (n=103) em doentes CL. A maioria dos doentes eram homens em ambos os grupos, sendo os doentes CL mais velhos (77,4 ± 12,1 anos vs. 64,3 ± 16,7 anos; p < 0,001). O tempo de permanência na UCInt foi superior no grupo CL (7,8 ± 10,2 dias vs. 6,9 ± 10 dias; p = 0,004), não se verificando diferenças na duração média do internamento hospitalar. Os índices de Charlson (6,1 ± 2,4 vs. 4,3 ± 2,8; p < 0,001), SAPS II (41,4 ± 11,2 vs. 23,5 ± 12,5; p < 0,001) e SOFA (5,1 ± 2,9 vs. 3,3 ± 2,5; p = 0,002) à admissão eram superiores nos doentes CL. A admissão na UCInt por disfunção respiratória foi mais frequente nos doentes CL (52,4%, n=54 vs. 32,2%, n=78; p = 0,004), sem diferenças noutros motivos de admissão. Foi utilizada ventilação não invasiva num maior número de doentes CL (54,4%, n=56 vs. 28,1%, n=68; p = 0,001). Não houve diferenças na utilização de outras medidas de suporte de órgão, como perfusão de fármacos vasopressores, ou na realização de técnicas, como cateterização venosa central. Registaram-se mais complicações hemorrágicas nos doentes CL (9,7%, n=10 vs. 3,3%, n=0; p = 0,01), sem diferença noutras intercorrências, como infecções nosocomiais. Os doentes CL apresentavam índices de Barthel inferiores à admissão (34,9 ± 34 vs. 62,4 ± 36,4; p <0,001) e à data de alta (20,1 ± 28,2 vs. 55,7 ± 34,7; p < 0,001), mas não se verificaram diferenças na variação deste índice entre os dois grupos. Verificou-se uma maior mortalidade intra-hospitalar no grupo dos doentes CL (47,9%, n=39 vs. 10,3%, n=25; p < 0,001), bem como aos 6 e 12 meses após alta.
Conclusões: Quase um terço dos doentes geridos na UCInt têm algum tipo de limitação terapêutica. Apesar de tudo foram instituídas medidas não invasivas de suporte de órgão nestes doentes, o que não se parece ter traduzido num prolongamento do internamento ou maior agravamento do seu estado funcional. A maior mortalidade intra-hospitalar e a médio prazo estará provavelmente mais relacionada com as características clínicas destes doentes do que com o tipo de cuidado prestado.

CO n.º 1661

Avaliação do impacto da pandemia COVID-19 na mortalidade de um serviço de Medicina Interna

Beatriz Porteiro(1);Aurora Monteiro(1);Maria Carolina Carvalho(1);Matilde Coimbra(1);Frederico Batista(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Outro

Introdução: Com a pandemia COVID-19, iniciada em março de 2020, verificou-se um pior acesso aos cuidados de saúde - não só pela elevada pressão assistencial decorrente da pandemia mas também pela menor procura por parte dos utentes. Como consequência, verificaram-se atrasos de diagnósticos e de tratamento resultando num aumento da mortalidade por todas as causas em Portugal em 2020.
Objectivo: Avaliar a influência da pandemia COVID-19 na mortalidade numa enfermaria de Medicina Interna no último ano.
Material e Métodos: Estudo de coorte retrospetivo, no qual se compararam dados demográficos e clínicos dos óbitos registados durante o ano de 2019 (antes da pandemia COVID-19) com os óbitos registados entre abril2021 a abril2022 numa enfermaria de Medicina Interna, destinada a internamentos não COVID-19. Os dados foram colhidos através da consulta do processo clínico. A análise estatística foi realizada com Stata®.
Resultados: Em 2019 de um total de 1217 internamentos, verificou-se uma taxa de mortalidade 12,2% (n=149); entre abril de 2021 e abril de 2022 de um total de 1744 internamentos, constatou-se uma taxa de mortalidade inferior à de 2019 - 7,3% (n=128). A idade média dos dois grupos foi idêntica (80,4±11 vs 79,8±10,7 anos) com predomínio do sexo masculino em ambos (55% vs 51,6%). À admissão hospitalar a maioria dos doentes apresentava algum grau de dependência para a realização das atividade de vida diária (72,2% vs 75%). Após o início da pandemia os óbitos ocorreram em doentes com índice de Charlson significativamente mais elevado (6,6 ±2,5 vs 7,3±2,9, p=0,045), sendo as neoplasias (30,4% vs 33,3%) e a insuficiência cardíaca (20,9% vs 32,8%, p=0,027) as co-morbilidades mais prevalentes. Nos dois grupos a principal causa de morte foram as doenças pneumológicas (38,9% vs 32,8%), de etiologias infecciosa e neoplásica. Os óbitos por sépsis/choque séptico foram mais frequentes em anos de pandemia (4,7% vs 11,7%, p=0,031). Não ocorreram diferenças estatisticamente significativas na duração do internamento (10 [7,19] vs 12 [7,23] dias)). A maioria dos óbitos foram expectáveis (72,2% vs 71,4%), em doentes com limitação terapêutica definida (87,4% vs 89,7%), tendo sido instituídas medidas de conforto no final de vida à maioria dos doentes (62,8% vs 67,5%).
Conclusões: Apesar da dificuldade de acesso aos cuidados de saúde impostas pela pandemia, a mortalidade entre março de 2021 e 2022 foi semelhante em relação às características demográficas e às próprias causas de morte; verficou-se um maior índice de Charlson e uma maior prevalência de neoplasias e de insuficiência cardíaca nos doentes falecidos durante esse ano. Contrariamente ao expectável, registou-se uma menor taxa de mortalidade comparativamente ao ano pré-pandemia (2019).

CO n.º 1679

Gestão do doente urgente: articulação dos Cuidados de Saúde Primários com o Hospital

Carina Silva(1);Filipa Duarte Ribeiro(1);Raquel Barreira(1);Catarina Pereira(1);Ana Clara Coelho(1);Pedro Vieira(1);Olga Gonçalves(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: os serviços de urgência (SU) hospitalares são diariamente sobrecarregados com um elevado número de doentes e uma das vias de referenciação é o envio direto pelos Cuidados de Saúde Primário (CSP). As unidades de ambulatório de medicina interna podem fazer a gestão de doentes agudos, não emergentes, evitando a sua ida ao SU.

Objetivo: avaliar a referenciação direta dos doentes dos CSP para o SU hospitalar (urgência polivalente), nomeadamente quais os motivos de referenciação, a qualidade da informação de retorno enviada e o acesso à mesma, e o feedback dos médicos de família e dos utentes sobre o processo de referenciação.

Material e métodos: foi efetuado um questionário no formato google forms, enviado via e-mail, a todos os médicos de família que trabalham nas unidades pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de influência do nosso Hospital. O questionário esteve disponível para preenchimento on-line durante 15 dias e os dados foram recolhidos e analisados em formato excel.

Resultados: Ao questionário efetuado responderam 82 médicos de família. Os principais motivos de envio de doentes ao SU foram a instabilidade clínica (80,5%) e a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica considerados urgentes (69,5%). Foi recebida informação clínica de retorno aquando da alta em 37.8% dos casos, sendo esta considerada detalhada e precisa em 32,9%. Dos médicos de família inquiridos, 73 afirmaram conseguir aceder ao episódio do SU através do sistema informático da unidade onde trabalham e 67,1% reportaram não conseguir comunicar com nenhum colega hospitalar para discussão de casos, quando têm dúvidas sobre a necessidade de referenciar um doente ao SU. A experiência dos médicos de família no envio de doentes ao SU hospitalar é considerada excelente em apenas 6,1% dos casos; já no caso da opinião percepcionada pelos utentes a mesma é considerada como má em 17,1%. 26,8% dos médicos de família consideram que o SU é a única solução para doentes urgentes.

Conclusões: A instabilidade clínica constitui o principal motivo de referenciação ao Serviço de Urgência diretamente dos CSP. Na maior parte das vezes, os médicos de família conseguem aceder ao episódio de SU, contudo em apenas um terço dos casos recebem informação clínica de retorno aquando da alta. A experiência de referenciação ao SU é expressa como razoável ou má pelos utentes aos seus médicos de família. Maior investimento deve ser feito na criação de circuitos alternativos, tais como unidades de tratamento ambulatório, que estimulam a proximidade entre colegas e a discussão de casos, reservando o SU para os doentes emergentes e assegurando a observação hospitalar a curto de prazo dos doentes urgentes.

CO n.º 1719

Endocardite Infeciosa – Casuística de 12 anos num Serviço de Medicina

Patrícia Tinoco Araujo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A endocardite infeciosa (EI), infeção do endotélio cardíaco que envolve as válvulas cardíacas (nativas ou protésicas) ou aparelhos intracardíacos, é uma patologia incomum, com uma incidência anual de 3-10 casos/100 000 habitantes, associada a elevada morbimortalidade.
Objetivos
Identificação e caracterização dos doentes com diagnóstico de EI num internamento de Medicina (Med).
Material e Métodos
Estudo retrospetivo efetuado através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados no nosso hospital com diagnóstico de EI no período compreendido entre 2010 e 2021. Dos 136 casos identificados, excluídos 27 por não cumprirem critérios de diagnóstico ou não pertencerem ao Serviço de Med.
Resultados
Foram identificadas 109 EI em 101 doentes (6 doentes com dois episódios de EI no período referido e 1 doente com três episódios). Destas, segundo os critérios de Duke modificados, 70 classificadas como definitivas e 39 possíveis. A incidência anual foi de 9,1 endocardites/ano. 62% dos casos foram diagnosticados no sexo masculino e a idade média dos doentes foi de 69,9 anos, com 66% dos diagnósticos dos 66-85 anos. A presença de prótese valvular (40%), dispositivos cardíacos (10%) ou episódio prévio de EI (13%) foram os fatores predisponentes mais frequentemente encontrados. Em 31% das EI não foi possível a identificação de nenhum fator de risco. Os sintomas mais comuns foram a febre (90% dos casos), astenia (46%) e dispneia (17%). Em 45% dos casos foi audível um sopro cardíaco. O tempo médio de internamento foi de 37,6 dias e em média em 8,2 dias foi realizado o diagnóstico de EI. Ecocardiograma (Eco) transtorácico foi realizado em 106 das EI – 46% dos exames não apresentavam alterações e em 50% foram visíveis vegetações. Foi realizado Eco transesofágico em 72% dos casos, com identificação de vegetações em 76% dos exames. Este exame foi decisivo no diagnóstico em 27 doentes. A válvula aórtica foi a mais envolvida (53% das EI). 50% dos casos correspondiam a endocardite de válvula nativa, 37% de válvula protésica (8 das quais precoce). Dois casos de endocardite foram associados a dispositivos intracardíacos. Os microorganismos mais frequentemente identificados foram o MSSA (22%) e o Staphylococcus epidermidis (12%). Sem isolamento de agente em 20% dos casos. A insuficiência cardíaca foi a complicação mais comum (39% dos casos), seguida de embolização (27%) e abcesso (16%), havendo necessidade de intervenção cirúrgica em 32% das EI. A mortalidade intrahospitalar foi de 17%.
Discussão/Conclusão
Perante o aumento progressivo de doentes com válvulas protésicas ou dispositivos intracardíacos (como pacemaker ou CDI) e dada a complexidade na abordagem destas situações clínicas, salienta-se a necessidade deste diagnóstico ter de ser proactivamente procurado num doente com elevada suspeição. Neste contexto, os

autores reforçam a importância da realização o mais brevemente possível do Eco, uma vez que a confirmação de EI condiciona a atitude terapêutica.

CO n.º 1740
"CLÍNICA DO ANTIBIÓTICO" – QUANDO O AMBULATÓRIO É A MELHOR OPÇÃO

Mariana Estrela Santos(1);Raquel Dias Moura(1);Filipa Borges Santos(1);Andreia Seixas(1);Margarida Mota(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO:
Programas de antibioterapia parentérica em regime de ambulatório (OPAT) tornam possível administração de antibioterapia por via intravenosa, dentro de determinados critérios, sem a necessidade de internamento, reduzindo custos, diminuição dos tempos de internamento e das taxas de multirresistência crescentes.

OBJETIVO:
Análise descritiva dos doentes tratados na "Clínica do Antibiótico" de um hospital com enfoque na distribuição etária, por sexo, grau de fragilidade, comorbilidades, patologias e isolamentos microbiológicos mais frequentes, antimicrobianos mais utilizados e taxa de resposta ao tratamento utilizado.

MATERIAL E MÉTODOS:
Trata-se de um estudo observacional retrospectivo. A amostra inclui todos os doentes tratados na "Cínica do Antibiótico" entre 1 de Janeiro de 2020 e 31 de Dezembro de 2021. Ausência de dados de Agosto, Setembro e Outubro de 2021 por falha no sistema informático.
Os dados foram recolhidos a partir dos processos clínicos (SClinic) no período definido anteriormente. Foi elaborada uma base de dados com a informação recolhida e realizada análise descritiva das variáveis com recurso ao Excel.

RESULTADOS:
Foram analisados 95 doentes no período definido.
A maioria são do sexo feminino, 52.6% (n=50). A média de idades foi de 66, sendo a idade mínima 43 anos e a máxima 94 anos.
Quanto ao grau de fragilidade foi utilizado o índice de comorbilidades de Charlson e escala de fragilidade clínica de Rockwood com médias de 4.3 e 3.2, respetivamente.
A maioria dos doentes, n=40, foi referenciada à "Clínica do Antibiótico" através do serviço de urgência, seguindo-se a consulta externa e internamento, n=26, e centro de saúde, n=3. As patologias mais frequentes foram a pielonefrite aguda, n=35, infecção da pele e tecidos moles, n=22, cistite aguda, n=15, e infeção por Clostridioides difficile, n=7. Foi isolado agente microbiológico em 68.4% dos casos (n=65) e local de isolamento mais frequente foi a urina (59.3%) seguida do sangue (22%), fezes e exsudados (8.5% em cada um) e pús (1.7%). Os agentes mais frequentemente isolados foram Echerichia coli em 26.5% (41.2% eram estirpes ESBL), Klebsiella pneumoniae em 22,5% (73.3% eram estirpes ESBL) e Clostridioides difficile em 10.9%. A média de dias de antibioterapia foi 11 dias, sendo que o máximo foi de 49 dias por abcesso hepático. O antibiótico mais usado foi o ceftriaxone em 43.6%, seguindo-se o ertapenem em 34%.
Quanto aos outcomes, 89.5% dos doentes responderam à antibioterapia instituída, 7.4% tiveram ausência de resposta e 3.2% ainda se encontravam em tratamento. Foi necessária alteração da antibioterapia em 9 doentes (9,5%) e internamento em 6 doentes (6.3%).

CONCLUSÕES:
OPAT é uma modalidade de tratamento nos paciente cujo o único motivo de internamento é a administração de antibioterapia endovenosa, com taxa de resposta sobreponiveis à modalidade internamento, diminuindo os gastos hospitalares, rentabilização de camas de internamento, melhor qualidade para o doente e família e menor risco de infecções hospitalares. É assim imperativo investir e valorizar este tipo de intervenções.

CO n.º 1749

Síndrome de Guillain-Barré e variante Miller Fisher – revisão casuística

Filipa Pinto(1);Alina Vincas(1);Tereza Veloso(1);Carmen Corzo(1);Sílvia Lourenço(1);Luísa Rebocho(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O síndrome de Guillain-Barré (SGB) é um síndrome heterogéneo, definido por uma polineuropatia autoimune conducente à desmielinização ou perda axonal dos nervos periféricos, por mimetismo molecular. Em cerca de dois terços dos casos, pode ser precedida por infecções respiratórias ou gastrointestinais, habitualmente nas 4 semanas pré evento. Há casos descritos após vacina do tétano e da gripe. À excepção da variante Miller-Fisher, o SGB manifesta-se por paralisia muscular flácida e arreflexia ascendentes. Do mesmo modo, podem associar-se sintomas sensitivos. O diagnóstico é clínico, suportado por dissociação albumino-citológica no líquor e pela electromiografia, que permite a identificação da variante. O prognóstico é em geral favorável, mas pode cursar com insuficiência respiratória por paralisia dos músculos respiratórios.
Objectivo: Descrever as características epidemiológicas, clínicas e terapêutica dos doentes internados com diagnóstico de SGB.
Material e Métodos: Neste estudo retrospectivo, foram revistos os processos clínicos dos doentes com idade igual ou superior a 18 anos, internados entre 1 de Janeiro de 2017 e 31 de Maio de 2022, com diagnóstico à data de alta SGB. Os dados colhidos dos processos incluíram dados demográficos, antecedentes de infecção respiratória e/ou gastrointestinal, vacinação recente, forma de apresentação e clínica, características do líquor, tratamento e evolução. Foi feita análise descritiva dos dados.
Resultados: Um total de 12 doentes com SGB foi incluído, 67% do sexo masculino (n=8), com uma mediana de idades 73 anos (mínima 33, máxima 82, intervalo interquartil 33 anos). As infecções prévias reportadas mais comuns, foram a gastroenterite aguda (n=5, 42%) e a infecção respiratória (n=1, 8%). Um doente tinha sido vacinado contra o tétano nas 2 semanas antes. Todos os doentes se apresentaram com arreflexia ou hiporreflexia (100%) e a maioria com fraqueza muscular dos membros inferiores (n=11, 92%). Além disso, 42% (n=5) tinham alterações da sensibilidade, 33% (n=4) tinham parésia facial, 17% (n=2) necessitaram de ventilação mecânica por insuficiência respiratória. Observou-se dissociação albumino-citológica em 100% dos doentes (num dos doentes apenas na segunda punção lombar). Todos os doentes foram tratados com Imunoglobulina endovenosa (IgIV), dos quais 2 suspenderam tratamento, um por tremores intensos e o outro por pancitopenia. Esses 2 doentes fizeram depois plasmaferese. Adicionalmente, fez plasmaferese um doente por ausência de resposta à IgIV. Todos os doentes evoluíram favoravelmente relativamente à sua apresentação inicial, mas apenas um dos doentes recuperou totalmente os défices aos 6 meses após internamento. Três dos doentes tiveram uma forma de apresentação que sugere Miller-Fisher, caracterizada por oftalmoplegia, ataxia e arreflexia.
Conclusões: Apesar das limitações inerentes aos estudos rectrospectivos, incluindo registos clínicos electrónicos não sistematizados, os resultados desta análise adequam-se aos da literatura, nomeadamente no que concerne à epidemiologia e comportamento clínico do SBG. A pequena amostra, apesar do número de anos estudados, reflecte a raridade desta entidade.

CO n.º 1803

Lar, amargo lar - transferência para ambiente hospitalar em contexto de hospitalização domiciliária

Marília Andreia Fernandes(1);Marcel Guerreiro(1);André Almeida(2);Sara Marote(2);Miguel Toscano Rico(2)
(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (2) Unidade de Hospitalização Domiciliária, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Tema: Outro

Introdução: A hospitalização domiciliária tem-se afirmado como uma opção crescente e com vantagens na prestação de cuidados de saúde. Conquanto, por vezes há lacunas não ultrapassáveis no domicílio que motivam a transferência para ambiente hospitalar.

Objectivos: Analisar as causas de transferência para ambiente hospitalar de doentes internados em Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) e comparar, em termos demográficos, proveniência, motivo de internamento (*International Classification of Diseases*, 11.ª revisão) e tempo de internamento, os doentes com *versus* sem necessidade de admissão em ambiente hospitalar.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional, realizado através da consulta do processo clínico electrónico, incluindo todos os episódios de internamento numa UHD entre Junho de 2019 e Dezembro de 2021. A análise estatística foi realizada usando o SPSS, versão 25. As variáveis categóricas expressas em número e percentagem foram comparadas usando o teste Chi^2, sendo as contínuas apresentadas em média±desvio padrão e comparadas por meio do teste Mann-Whitney. Considerou-se existir significância estatística se $p<0,05$.

Resultados: Contabilizaram-se 281 episódios de internamento, 40 (14,2%) dos quais com necessidade de transferência para meio hospitalar. O agravamento clínico relacionado com o motivo de admissão e a necessidade de execução de determinados procedimentos técnicos e/ou terapêuticos foram os principais motivos para a transferência hospitalar (40,0% e 27,5%, respectivamente). A idade média dos doentes de ambos os grupos foi similar (70,0±17,2 *versus* 70,6±19,9 anos; p=0,553), assim como a distribuição por género, com prevalência do feminino (52,3% *versus* 52,5%; p=0,980). Relativamente à proveniência não se registou diferença significativa (p=0,174), tendo a maioria dos episódios de internamento origem em enfermarias médicas (no global, 51,6%). As doenças relativas aos sistemas genito-urinário e respiratório motivaram um maior número de internamentos (no global, 52,3% e 13,9%), não havendo diferença estatística entre a prevalência dos diferentes grupos nosológicos entre os dois grupos de doentes (p=0,118). A duração média do internamento desde a admissão em UHD até à alta clínica foi de 10,5±7,3 dias nos doentes que não tiveram necessidade de ser transferidos para meio hospitalar *versus* 23,0±15,5 dias nos restantes (p<0,05).
Conclusão: A definição e o cumprimento de critérios de admissão em UHD obviam a necessidade expectável de admissão em ambiente hospitalar, não se definindo tendências que possam predizer essa necessidade.

CO n.º 1846

Ainda se justifica pesquisar causas analíticas "tratáveis" de demência ?

Mariana Vargas(1);André Costa(1);Catarina Borges(1);Rafael Jesus(1);Ana Graça Velon(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A maior parte das demências observadas em consulta são provocadas por doenças neurodegenerativas que progridem de forma inexorável para a dependência ou morte. As causas "tratáveis" de demência são muito pouco frequentes na população em geral (0-20%), o seu tratamento raramente leva à resolução das queixas(8-11%) e a sua prevalência tem vindo a diminuir ao longo do tempo.
Objetivo: Descrever a rentabilidade diagnóstica da pesquisa de causas analíticas tratáveis de demência numa consulta de doenças neurodegenerativas.
Materiais e métodos: Estudo observacional retrospetivo. Incluímos todos os doentes com queixas cognitivas observados na consulta de doenças neurodegenerativas no CHTMAD entre maio de 2021 e maio de 2022. Os dados foram obtidos através da consulta dos registos clínicos e meios complementares de diagnóstico. As médias foram comparadas com o teste de T-student. Significância estatística: $p<0.05$.
Resultados: Foram incluídos 193 doentes com queixas cognitivas. O diagnóstico final mais frequente foi síndrome demencial(n=157|81.3%) [etiologias mais frequentes DA (n=46),síndrome demêncial misto(n=41) e demência vascular (n=31)], defeito cognitivo ligeiro(n=11|5.7%) e queixas subjetivas de memória(n=25|13%). Destes apenas 30 (15.5%) tinham alterações no estudo analítico das causas "tratáveis". O achado mais frequente foi o deficit de vitamina B12 (n=14|47%), seguido de hipotiroidismo tratado(n=9|30%); deficit de ácido fólico (n=6|20%) e ac.anti-treponema pallidum positivo [n=2|6.7%; (sífilis *de novo* n=1, cicatriz imunológica n=1)]. O tratamento destas alterações não provocou melhoria sintomática em nenhum dos casos. Comparando os casos que apresentavam alterações analíticas com os que não apresentavam, não existiram diferenças significativas na idade (77 ± 9.8 vs 77±10.8,p=077); mRS na 1º consulta (2.1±1.4vs1.9±1.2;p=0.87) e mRS na última consulta (2.4±1.3vs2.33±1.2; p=0.87).
Conclusão: A prevalência das causas "tratáveis" de demência na nossa população foi semelhante à descrita em séries de ambulatório. Destacamos um caso de sífilis de novo, sem neurosífilis. O tratamento não levou a qualquer melhoria sintomática, contudo trata-se de uma população com elevado tempo de evolução das queixas e grau de dependência de base, fatores que podem constituir potenciais marcadores de irreversibilidade do quadro, em conjunto com a deteção de atrofia e patologia vascular significativa nos meios de imagens .
Não obstante, as causas "tratáveis" são importantes causas de descompensação e até eventuais marcadores indiretos de deficits nutricionais, tendo pertinência na gestão do doente com demência que deve ser cada vez mais multi-disciplinar.

CO n.º 1847

Lesão renal aguda no doente cirrótico: risco de morte em doentes internados em Medicina Interna

João Venda(1);Maria Inês Viegas(1);Andreia Henriques(1);Adriana Henriques(1);Rita Leal(1);Jandira Lima(1);Sara Leitão(1);Rui Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: Doentes com cirrose hepática (CH) têm maior risco de lesão renal aguda (LRA), fator preditivo independente de morbimortalidade. Nesta população, a LRA é categorizada em síndrome hepatorrenal (SHR) ou LRA-não SHR, por apresentarem mecanismos fisiopatológicos, tratamento e prognóstico distintos.
OBJETIVO: Caracterizar uma população de doentes com CH e LRA, internados no serviço de Medicina Interna, e avaliar fatores de risco para mortalidade.
MÉTODOS: Estudo retrospetivo, por consulta do processo clínico, dos doentes internados entre Janeiro de 2015 e dezembro de 2019, com diagnóstico de saída de CH estabelecido e LRA de acordo com os critérios ICA-AKI, independentemente da causa do internamento. SHR definida pelos critérios da AASLD. Recolhidos dados clínicos e laboratoriais durante o internamento e ao 1º ano após alta. Realizada análise estatística descritiva e comparativa com recurso ao SPSS Statistica v.20.
RESULTADOS: Foram incluídos 61 doentes, predomínio do sexo masculino (N=46, 75,4%), idade média 66,4±11 anos. A principal causa de CH foi etílica (N=39, 64%), 56% (N=34) tinham score Child-Pugh C basal e eTFG de 80,3±23mL/min/1,73m^2. O principal motivo de internamento foi infeção (N=25, 41%), mediana de internamento de 9 dias [IQR 1-63 dias]. À admissão, creatinina sérica média foi 2±1,3mg/dL, 12 doentes (19%) apresentavam anúria e a distribuição por estádio ICA-AKI foi 67% estádio 1, 13% no 2 e 20% no 3. As causas de LRA foram pré-renal não SHR em 33 doentes (54%), SHR em 25 (41%) e necrose tubular aguda em 3 (5%). Dois doentes realizaram terapêutica de substituição da função renal, 2 colocaram TIPS e 3 foram transplantados hepáticos (5%) por apelo urgente. A taxa de mortalidade no internamento foi de 49% (N=30) e os fatores de risco independentes para morte foram anúria (OR 17,3 IC [2-140]) e SHR [OR 1.6 IC [1,1-2,7]]. Comparando o grupo SHR (N=25, 41%) com LRA-não SHR (N=33, 54%), verificámos predomínio do sexo masculino (89vs66%, p<0,05), sem outras diferenças nas características demográficas ou clínicas basais. À admissão, os doentes com SHR apresentaram creatinina mais elevada (2,5±1,4vs1,7±1,1, p=0,009) e LRA de maior severidade (ICA-LRA3: 31%vs11%, p<0,05), bilirrubina total mais alta (5,7±2,7vs2,7±1,87, p=0,03) e mais frequentemente ascite com necessidade de paracentese (96vs71%, p=0,04). Os doentes com SHR apresentavam scores MELD e MELD-NA mais elevados à admissão, mas sem diferença estatisticamente significativa. Relativamente ao tratamento, 85% dos doentes com SHR fizeram albumina e terlipressina (vs11%, p<0,001) e apenas 1 foi transplantado hepático (apelo urgente). A sobrevivência aos 7, 30, 180 e 365 dias foi de 73%, 38,5%, 23% e 19% para o grupo SHR e 79%, 56%, 35%, 32% para o LRA-não SHR (p=0,1).
CONCLUSÃO: Os doentes com CH e LRA apresentaram uma taxa de mortalidade muito elevada tanto no internamento como no 1º ano após alta, independentemente da causa de internamento e do grau de LRA. Na SHR o prognóstico foi ainda mais grave, com taxas de sobrevivência ao 1º ano inferiores a 20%.

CO n.º 1852

Impacto indireto da Pandemia a COVID-19 nos doentes admitidos por Insuficiência Cardíaca Aguda

Beatriz Teixeira Lima(1);Patrícia Amaral de Almeida(1);Ana Catarina Camarneiro(1);Marta Brás(1);Teresa Alfaiate(1);Maria Luísa Loureiro(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Mais de dois anos após o início da Pandemia a COVID-19, persistem as preocupações relativamente aos efeitos indiretos causados pela mesma no que concerne à diminuição da utilização dos serviços de saúde pela população. A perceção dos clínicos é que a gravidade dos doentes à admissão hospitalar é maior. No entanto, esta diferença é difícil de objetivar. Um dos métodos de avaliar esse impacto é comparar a gravidade dos doentes admitidos pela mesma patologia antes da Pandemia e durante a mesma.
Objetivo: Determinar as diferenças na gravidade dos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) num Hospital Distrital com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Aguda durante o ano de 2021 (durante a Pandemia a COVID-19) e em 2019 (período homólogo pré-Pandemia).
Material e métodos: Foram considerados os 34 e 41 doentes internados na UCIM com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca Aguda à admissão, nos anos de 2019 e 2021, respetivamente. Os scores de gravidade SOFA e APACHE II foram calculados na admissão e registados de forma prospetiva. A demora média de internamento na UCIM e a taxa de mortalidade intra-hospitalar foram igualmente analisadas. Foi realizado o estudo estatístico comparativo destes índices, relativos aos doentes internados antes e durante a Pandemia.
Resultados: A análise estatística demonstrou que os scores SOFA e APACHE II calculados nos doentes admitidos em 2021 foram ligeiramente inferiores aos de 2019 (3,58 vs. 3,82 e 14,02 vs. 16,45; respetivamente). Verificou-se uma demora média de internamento na UCIM em 2021 de mais 2,22 dias comparativamente a 2019. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 5,9 em 2019 e de 9,8 em 2021.
Discussão e Conclusões: Vários estudos têm mencionado menos admissões hospitalares durante a pandemia de COVID-19. Múltiplos motivos se têm apontado para esta realidade, nomeadamente: a reorganização de recursos com consequente redução na atividade hospitalar programada, a quarentena e a relutância da população em procurar atendimento hospitalar. Assim, seria de esperar que, face à procura mais tardia por cuidados de saúde, os doentes internados na UCIM em 2021 fossem considerados mais graves. Este estudo demonstrou que a Pandemia a COVID-19 não teve impacto na gravidade dos doentes admitidos por Insuficiência Cardíaca Aguda na UCIM; no entanto, registou-se uma taxa de mortalidade superior em 2021.

CO n.º 1863

Prevalence and Risk Factors for Long COVID-19: Longitudinal Analysis after Hospital Discharge

Mariana Dias(1);Pedro Gaspar*(1);Hélder Diogo Gonçalves(1);Inês Parreira(1);Federica Parlato(1);Carolina Carreiro(1);Henrique Atalaia Barbacena(1);Leila Duarte(1);Valeria Maione(1);Sandra Braz(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

(* primeira co-autoria)
Background: The long-term health consequences of COVID-19 remain largely unclear, but some patients describe persistent symptoms lasting weeks to months after diagnosis. The prevalence, diversity, severity of persistent symptoms and data about recovered portuguese patients are lacking.
Objectives: To identify and characterize risk factors associated with Long-COVID-19 and determine their prevalence after hospital discharge.
Methods: Longitudinal study of patients with COVID-19 who were discharged from a designated hospital between December 2020 and February 2021. Symptoms were self-reported three, six and nine months after discharge. Patients were contacted by telephone by trained physicians. Deceased, unreachable, demented, bedridden and non-Portuguese speaking patients were excluded. We used the appropriate statistical tests as needed.
Results: 152, 117 and 110 patients completed the 3-, 6- and 9- month phone questionnaire. The median age at diagnosis of COVID-19 was 61 (interquartile range (IQR) 74 - 52) years, and 55.6% (n = 86) were male. Persisting symptoms (at least one) were reported by 66.5% (n = 101), 62.4% (n = 73) and 53.6% (n = 59) of patients at 3, 6 and 9 months after hospital discharge, respectively. Fatigue was the most reported symptom in all the follow-up assessments (59.2% at 3 months, 54.7% at 6 months and 42.7% at 9 months) followed by cough/dyspnea (13.8% at 3 months, 12.8% at 6 months and 9.1 % at 9 months). Both symptoms had a decreasing tendency in prevalence, although not significantly different, over the follow-up period. Patients were categorised into two groups according to whether they had persistent symptoms or not. Risk factors for persisting symptoms at 3, 6 and 9 months after hospital discharge were assessed. Neither sex, age, nor clinical frailty scale (CFS) were associated with the persistence of symptoms. Notably, patients who considered to have returned to their pre-hospitalization functional status were consistently less symptomatic at the third (OR 0.24, 95% CI 0.10 – 0.59, p=0.002), sixth (OR 0.29, 95% CI 0.11 – 0.76, p=0.013) and ninth (OR 0.21, 95% CI 0.07 – 0.62, p=0.004) month of follow-up. With the exception of chronic kidney disease, which was associated with a decreased odd of having persistent symptoms ($p<0.05$ for all observations), none of the remaining pre-existing comorbid conditions were associated with persistent symptoms at the three time-points. Neither ICU nor in-hospital length of stay were associated with symptom persistence. Disease severity assessed by the ICU admission rate and need for ventilatory support of any kind during hospitalisation were also not associated with symptom persistence. WHO clinical progression scale median value did not differ between symptomatic and asymptomatic patients after hospital discharge at the three time-points.
Conclusions: Our study demonstrates that by nine months, half of the analysed population continues to experience significant COVID-19-related symptom burden. Fatigue is the most frequent symptom reported which is in agreement with published

data. Neither age, sex, CFS, disease severity, nor length of ICU or in-hospital stay were associated with an increased risk of persistent symptoms.

CO n.º 1867

Taxa de mortalidade por SARS-CoV2 e o estado vacinal de doentes internados num hospital português

Marta Baião(1);Edgar Amaro(1);Rita Relvas(1);Soraia Mendes(1);Inês Nogueira da Fonseca(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção SARS-CoV2 foi reportada pela primeira vez em dezembro de 2019. Portugal notificou o primeiro caso a 2 de março de 2020 e iniciou o processo de vacinação a 26 de dezembro de 2020. Um ano depois, mais de 90% da população residente tinha, pelo menos, a primeira dose; cerca de 88% tinha 2 doses e sensivelmente 25% tinha sido vacinada com 3 doses. A vacinação parece ter tido impacto na gravidade da doença na comunidade e na necessidade de internamento. Os autores procuraram avaliar o impacto da vacinação na mortalidade intra-hospitalar.
Objetivo: Avaliar a correlação entre a mortalidade e o estado vacinal numa amostra de doentes internados.
Material e Métodos: Trata-se de um estudo retrospetivo. Foram avaliados sexo, idade e mortalidade de todos os doentes internados numa Enfermaria de Doença por Coronavírus (COVID) nos primeiros 6 meses de pandemia (março a agosto de 2020) e no período de janeiro e fevereiro de 2022; nestes últimos foi, ainda, avaliado o estado vacinal. Os dados foram retirados do processo eletrónico e a análise estatística foi feita utilizando o Microsoft Excel®.
Resultados: Foram avaliados 167 doentes no primeiro período e 204 no segundo período (3 foram excluídos da amostra por se desconhecer o estado vacinal). Entre ambos, não houve diferença de género ou idade, embora as mulheres apresentassem tendência para idade superior. Doentes com 2 ou 3 vacinas, apresentaram, na maioria, casos ligeiros ou assintomáticos. Verificaram-se 32 óbitos no primeiro período e 37 óbitos no segundo (taxa de mortalidade 19% vs. 18%), atribuídos directamente à COVID ou às suas complicações. A média de idades dos óbitos em 2020 foi de 69,0 anos e em 2022 foi de 72,7 anos; os doentes eram mais velhos em 2022, com óbitos com idade média de 79,9 anos com 2 doses e 82,8 anos com 3 doses.
Conclusão e Discussão: Na amostra, o esquema vacinal completo não alterou a mortalidade dos casos de COVID que carecem de internamento. Contudo, importa destacar que os doentes eram mais velhos em 2022 e, no caso dos doentes com vacinação completa, tinham uma idade muito superior. Contudo, existem limitações neste estudo. Como viés, os autores destacam a elevada percentagem de casos assintomáticos/ligeiros, sem necessidade de internamento, no período de 2022, por oposição ao de 2020, condicionando uma menor percentagem de casos internados e, consequentemente, provável sobrevalorização da taxa de mortalidade em 2022. Considerando a diferença temporal, também foram avaliadas variantes diferentes de SARS-CoV2. Mais do que a mortalidade intra-hospitalar, a vacinação poderá influenciar o número de doentes que carece de internamento em área dedicada a COVID. Adicionalmente, após uma leitura mais cuidadosa, os doentes com vacinação completa são também mais idosos, o que poderá ter impacto na taxa de mortalidade. São necessários mais estudos para clarificar o impacto da vacinação nos doentes internados por COVID.

CO n.º 1883
Referenciação precoce aos Cuidados Paliativos como marca de qualidade assistencial

Luísa Viveiros(1);Gustavo Pinhol(1);Ana Rubim Correia(1);Margarida França(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Cuidados paliativos

Introdução
Os Cuidados Paliativos aliviam os sintomas, desconforto e stress associados a condições life-threatening, sendo centrados no doente e na família. Para além da melhoria da qualidade de vida, permitem a redução de tratamentos fúteis em final de vida e a diminuição de custos nos cuidados de saúde. Nestas situações, a identificação dos sintomas e a instituição precoce dos cuidados é imperiosa. O intervalo entre a progressão da doença e a avaliação por Equipas de Cuidados Paliativos tem vindo a diminuir, encontrando-se ainda aquém do desejável.
Embora os Cuidados Paliativos não dependam do prognóstico, o seu papel intensifica-se à medida que o fim de vida se aproxima, sendo essenciais para manter a qualidade de vida até ao seu fim. Para além do impacto direto na orientação terapêutica, a demora na avaliação por equipas de Cuidados Paliativos pode protelar a referenciação para Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e aumentar o tempo de internamento. São, por isso, cuidados que assumem um papel crucial nas enfermarias de Medicina Interna.

Objetivo
Avaliar o timing de referenciação a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) no internamento de Medicina Interna, procurando esclarecer se deveria ser realizada mais precocemente, melhorando os cuidados prestados ao doente, o tempo e custos de internamento.

Material e métodos
Estudo retrospetivo. Amostra de estudo: indivíduos falecidos nas enfermarias do Serviço de Medicina Interna de um hospital terciário, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2021. Critérios de exclusão: óbitos tendo como causa direta COVID-19; morte não esperada. Tamanho amostral: 475 doentes. Fonte de informação: Processo Clínico Eletrónico. Análise estatística realizada com recurso a Microsoft Excel.

Resultados
A maioria dos doentes falecidos foi avaliada por EIHSCP (65.89%). O intervalo entre a identificação dos sintomas a paliar, até ao momento de pedido de avaliação por EIHSCP foi, em média, 4.04 dias. Naqueles em que houve alteração da estratégia terapêutica, de intenção curativa para tratamento sintomático, em 19,33% (n=29) a decisão de cuidados sintomáticos foi adotada apenas após avaliação por EIHSCP. À data do óbito, 16,84% (n=80) dos doentes aguardava colocação em ECCI/UCP. O intervalo entre a data de referenciação a ECCI/UCP e o óbito foi, em média, de 15.35 dias.

Conclusões
Uma proporção significativa dos doentes falecidos tem a sua estratégia terapêutica alterada, visando o melhor controlo sintomático, apenas após avaliação por EIHSCP. É também considerável a demora de integração em ECCI/UCP.

Assim, a demora objetivada no pedido de avaliação por EIHSCP contribui para o atraso na tomada de decisões que afetam a qualidade de fim de vida dos doentes. Os Cuidados Paliativos devem ser considerados desde a admissão inicial do doente na Enfermaria, em particular, com malignidade avançada ou outros diagnósticos terminais.

CO n.º 1892

O PSI é um bom preditor de mortalidade por pneumonia a longo prazo?

Joana c. Ramos(1);Rita Coelho(2);Mariana Portugal(1);Diana m. Ferreira(1);Patrícia Dias(1);Arsénio Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) IPO COIMBRA

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: O Índice de Gravidade da Pneumonia (PSI) permite calcular a probabilidade de mortalidade, podendo orientar a decisão inicial de internar ou tratar em ambulatório. É composto de 5 classes, sendo que baixo risco de mortalidade (0.1% a 2.8%) pertence às classes I a III, risco intermédio de mortalidade (8.2% a 9.3%) à classe IV e alto risco da mesma (27% a 31.1%) à classe V.
Objetivo: Caracterizar doentes internados com Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e avaliar a taxa mortalidade (TM) no internamento e após 3 e 6 meses em função do PSI.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e inferencial de amostra consecutiva de 150 doentes internados num Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de PAC durante 6 semanas. Excluíram-se pneumonias de aspiração, nosocomiais e por SARS-CoV-2. Foi calculado o PSI e avaliada a taxa de mortalidade no internamento e aos 3 e 6 meses. Foi igualmente analisada a taxa de reinternamento neste período.
Resultados: Dos 150 doentes, 56,8% eram do sexo feminino e a idade variou de 37 a 100 anos (média 83,6 ± 10,8 anos); uma grande percentagem de doentes eram institucionalizados (40,7%). A a alteração do estado de consciência, foi o sinal inicial em 42,7%. A mediana de dias de internamento foi 9,5 dias. 29,3% apresentavam classe IV (59,1% mulheres e idade média de 83,6 ± 7,9 anos); 20,5% eram institucionalizados, com antecedentes relevantes (insuficiência cardíaca (IC) (47,7%), doença cerebrovascular (22,7%) e doença renal crónica (DRC) (6,8%)). O internamento deste grupo teve mediana de 9 dias; a TM no internamento foi 4,8%, nos 3 meses após a alta foi 2,4% e 9,8% após 6 meses. O reinternamento ocorreu em 23,8% até 3 meses e apenas mais 2 doentes aos 6 meses. 62,7% apresentavam classe V (58,5% mulheres e idade média de 83,8 ± 7,7 anos); 54,3% eram institucionalizados, com antecedentes relevantes (IC em 60,6%, doença cerebrovascular em 29,8%, neoplasia ativa e DRC em 19,1%). À admissão, 57,4% apresentam alteração do estado de consciência. O internamento teve mediana de 10 dias; a TM foi de 24,5%. Após três meses faleceram 11,3% e aos 6 meses 20,8%. O reinternamento ocorreu em 15,5% após 3 meses e, 26,8% após 6 meses. Houve 3 doentes com PSI II, sem intercorrências no internamento e sem reinternamentos. Relativamente ao PSI III houve 9 doentes, sem falecimentos, mas 2 foram reinternados aos 3 meses e mais 1 até aos 6 meses.
Conclusões: A TM real dos doentes em análise para a classe IV e V foi inferior ao risco previsto pelo PSI. No entanto, a mesma aos 3 e 6 meses foi muito elevada, constatando-se um significativo número de reinternamentos. O PSI não tem em conta os lactatos, nem se o doente está em sepsis, ou tem bacteriemia. Após uma pneumonia, sobretudo com sepsis associada, aumenta o reinternamento e a morbilidade pelo menos em 6 meses. A criação de scores para calcular o risco de mortalidade a médio prazo, que incluam estes fatores é um interessante ponto de estudo futuro.

CO n.º 1900

CURB 65 – uma ferramenta precisa na previsão da mortalidade por pneumonia?

Rita Coelho(1);Joana c. Ramos(2);Mariana Portugal(2);Diana m. Ferreira(2);Patrícia Dias(2);Arsénio Santos(2);Lèlita Santos(2)
(1) IPO COIMBRA (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: O CURB-65 é um score simples e rápido de calcular que avalia o grau de gravidade, oferecendo boa sensibilidade e especificidade na previsão de mortalidade por Pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Os doentes são estratificados para a mortalidade aos 30 dias. O risco de mortalidade em relação aos scores são: score 0, 0,7%; score 1, 3,2%; score 2, 13%; score 3, 17%, socre 4, 41,5%, score 5, 57%.
Objetivo: Caracterizar os doentes internados com PAC e avaliar a taxa mortalidade durante o internamento, após 3 meses e 6 meses em função do score de CURB-65.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e inferencial de uma amostra consecutiva de 150 doentes internados no Serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de PAC durante 6 semanas. Foram excluídas pneumonias de aspiração, nosocomiais e por SARS-CoV-2. Foi calculado o CURB-65 e avaliada a taxa mortalidade no internamento, aos 3 e 6 meses. Foi analisada a taxa de reinternamento nos mesmos períodos.
Resultados: Dos 150 doentes, 56,8% eram do sexo feminino, com idade entre os 37 e os 100 anos (média 83,6 ± 10,8 anos). A mediana de dias de internamento foi 9,5 dias. 33,3% apresentavam score 2, 58,0% mulheres com idade média de 83,7 ± 7,7 anos. Antecedentes relevantes: neoplasia ativa (8,0%), doença cerebrovascular (28,0%), insuficiência cardíaca (IC) (50,0%) e doença renal crónica (DRC) (4,0%). Alteração do estado de consciência presente em 18,0%. A TM foi de 4,0%, nenhum faleceu aos três meses, 6,2% faleceram aos 6 meses. Reinternados 25% em 3 meses e 35,4% em 6 meses. A pO2 encontrava-se inferior a 60 mmHg em 62,0%. 37,3% apresentavam score 3, 66,1%, mulheres com idade média de 83,9 ± 7,6 anos, 53,6% institucionalizadas. Antecedentes relevantes: neoplasia ativa (16,1%), doença cerebrovascular (28,6%), IC (57,1%) e DRC (21,4%). Metade apresentava alteração do estado de consciência. A TM foi de 14,3%, com TM a 3 meses de 10,1% e a 6 meses de 19,4% (19 não completaram 6 meses). 17% de reinternamentos a 3 meses e 26,3% a 6 meses. Mais de 60% apresentavam pO2 < a 60 mmHg. No score 4 do CURB-65, encontram-se 16,7% da amostra, 56,0% homens com 85,2 ± 7,6 anos; 68,0% estavam institucionalizados. Antecedentes: neoplasia ativa (16,0%), doença cerebrovascular (32,0%), IC (60,0%) e DRC (28,0%). Alteração do estado de consciência na admissão em 84,0%. A TM foi de 40,0%, a 3 meses foi 16,0%, a 6 meses 20,0%. Reinternamentos: 4% aos 3 meses e 8% aos 6 meses. A pO2 estava inferior a 60 mmHg em 68,0%. O score 5 do CURB 65 correspondeu a 2,7% da população, 75,0% mulheres, com média de 92,8 ± 8,3 anos; metade estavam institucionalizados. Como antecedentes apenas apresentavam IC, que correspondeu a 75%. Todos apresentavam alteração da consciência a admissão. A TM foi de 100% neste grupo. A pO2 estava inferior a 60 mmHg em todos.
Conclusões: Nesta análise, a TM foi praticamente sobreponível à estimada durante o internamento, exceto no grupo 5. O CURB-65 avalia o grau de confusão e de azoto ureico no sangue, contudo, outros modificadores de prognóstico não são avaliados por este score como a saturação de oxigénio/PaO2. Apesar disso, também é possível

verificar um aumento da mortalidade a 3 e 6 meses proporcional ao grau do score, logo o CURB 65 também parece poder ser utilizado para previsão de mortalidade a médio prazo.

CO n.º 1918

Adequação da prescrição de beta-bloqueadores em doentes hipertensos

Rosélia Lima(1);Ana Sofia Silva(1);Guilherme Jesus(1);Maria Inês Soares(1);Mariana Baptista(1);Marta Barbedo(1);Vítor Paixão Dias(1)
(1) HOSPITAL GAIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
O controlo tensional nos doentes hipertensos é um pilar na manutenção da saúde vascular, evitando a repercussão da hipertensão arterial (HTA) nos órgãos-alvo e limitando a sua morbimortalidade. Os beta-bloqueadores (BB) são fármacos com atividade anti-hipertensora com indicações terapêuticas bem estabelecidas, como sendo a hipertensão arterial resistente, a insuficiência cardíaca, a fibrilhação auricular e a gravidez.

Objetivos:
o Descrever a população de doentes seguidos na consulta externa de Risco Vascular e HTA de um hospital;
o Compreender o uso de beta-bloqueadores em doentes hipertensos, consoante indicação formal;
o Aferir a proporção de doentes medicados com beta-bloqueadores sem indicação formal.

Metodologia:
Estudo observacional, analítico e transversal. Inclusão de todos os doentes seguidos na consulta externa de Risco Vascular e HTA durante o ano de 2021. Dados organizados e analisados no SPSS®, versão 20.

Resultados:
Obteve-se uma amostra de 642 doentes, 345 do sexo feminino (53,6%) e 296 do sexo masculino (46,1%), com idade média de 63 anos (±14,8), com diagnóstico de HTA, em média há 14 anos (± 10,1). Outros fatores de risco vascular concomitantes: dislipidemia (n=414; 64,5%), diabetes mellitus (n=245; 38,1%), excesso de peso/obesidade (n=295; 31,9%), fumadores ou ex-fumadores (n=160; 25,2%), história familiar de doença vascular precoce (n=62; 9,7%) e consumo excessivo de álcool (n=36; 5,6%). As lesões de órgão-alvo mais frequentes são a cardiopatia hipertensiva (n= 144; 22,4%), a microalbuminúria (n= 123; 19,1%), a doença renal crónica (n= 93; 14,5%) e o acidente vascular cerebral (n= 91; 14,2%). As classes anti-hipertensoras mais utilizadas são os bloqueadores de canais de cálcio dihidropiridínicos (n= 451; 70,2%), os diuréticos tiazídicos e thiazide like (n= 419; 65,3%), os beta-bloqueadores (n= 327; 50,9%), os antagonistas dos recetores da angiotensina (n=299; 46,6%) e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (n=257; 40%). Os BB mais prescritos são o bisoprolol (n= 182; 55,7%), o nebivolol (n= 96; 29,4%) e o carvedilol (n= 35; 10,7%), prescritos, em média, há 6 anos (±5). Do número total de doentes, 247 (38,4%) têm indicação formal para prescrição de BB: HTA resistente (n=189; 60%), doença coronária (n=17; 5,4%), fibrilhação auricular (n=12; 3,8%), gravidez/ mulher em idade fértil (n=12; 3,8%), contra-indicação ou intolerância a outros anti-hipertensores (n=11; 3,5%) e insuficiência cardíaca (n=6; 1,9%). Porém, 68 (21,6%) doentes medicados com BB não apresentam justificação aparente para a prescrição.

Discussão/ Conclusão:

Os BB são uma das classes de anti-hipertensores mais prescritas nos doentes seguidos na consulta de Risco Vascular e HTA, integrando a medicação habitual de mais de metade destes doentes, um valor superior à proporção real de doentes com indicação para tal. Os autores constatam a necessidade de rever e optimizar o esquema terapêutico em consultas subsequentes, registando no processo clínico as razões para a utilização desta classe farmacológica.

CO n.º 1919

Risco vascular e Tabagismo - a realidade numa consulta de referência de Hipertensão e Risco Vascular

Ana Sofia Silva(1);Rosélia Lima(1);Mariana Baptista(1);Maria Inês Soares(1);Guilherme Jesus(1);Marta Barbedo(1);Vítor Paixão Dias(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O controlo tensional nos doentes hipertensos é um pilar na saúde vascular, reduzindo a repercussão da hipertensão arterial (HTA) nos órgãos-alvo e desta forma influindo favoravelmente na qualidade e esperança de vida destes indivíduos. Além do controlo farmacológico, necessário na maioria dos hipertensos, é fundamental adotar mudanças no estilo de vida, entre as quais a cessação dos hábitos tabágicos, limitando desta forma o impacto deste importante fator de risco na progressão da doença vascular.
Objetivos: Os autores pretenderam fazer um retrato dos doentes fumadores e ex-fumadores, quantificando os seguintes parâmetros: 1- Risco vascular da população com hábitos tabágicos atuais ou passados; 2- Proporção dos doentes referenciados à Consulta de Desabituação Tabágica (a cargo do Serviço de Pneumologia).
Metodologia: Estudo observacional, analítico e transversal, incluindo todos os doentes seguidos na consulta de referência de HTA e Risco Vascular de um Centro Hospitalar do Norte do País durante o ano de 2021. Os dados foram organizados e analisados no SPSS®, versão 20. Foram utilizadas as calculadoras SCORE2 e SCORE2-OP disponíveis na aplicação móvel ESC CVD Risk Calculation para o cálculo do risco vascular global dos doentes seguidos na consulta.
Resultados: Foram analisados 642 doentes, sendo 345 do sexo feminino (53,6%), com uma média de idades de 63 anos (± 14,8 anos). A média de anos de diagnóstico de HTA foi de cerca de 14 anos (± 10,1). Do total da amostra, e respeitando outros fatores de risco vascular, 64,5% dos doentes apresentavam dislipidemia, 38,1% tinham diabetes mellitus, 31,9% excesso de peso/obesidade, 25,2% apresentavam hábitos tabágicos presentes ou passados, 9,7% tinham história familiar de doença cardiovascular precoce, 5,6% história de excesso de consumo de álcool. As lesões de órgão mediadas pela hipertensão mais frequentes foram a cardiopatia hipertensiva (22,4%), a microalbuminúria (19,1%), a doença renal crónica (14,5%) e o acidente vascular cerebral (14,2%). Assim, 160 dos 642 doentes eram fumadores ou ex-fumadores, tendo-se verificado que apenas 16,6% foram referenciados a Consulta de Desabituação Tabágica. Destes 160 doentes, 43,8% apresentavam risco vascular muito alto e 33,1% risco vascular alto (App ESC CVD Risk Calculation).
Conclusão: Conclui-se que o tabagismo continua a ser um hábito prevalente nos doentes hipertensos seguidos na Consulta de HTA e Risco Vascular, sendo o terceiro fator de risco concomitante mais prevalente a contribuir para o agravamento potencial do risco cardiovascular global destes doentes. Além disso, quase metade dos doentes hipertensos e fumadores apresentam risco vascular muito alto e cerca de um terço risco vascular alto. Ainda assim, apenas uma pequena percentagem destes doentes é referenciada a consulta especializada de Desabituação Tabágica. Os autores pretendem com este trabalho alertar para a necessidade de rever em cada consulta os "5 A's", bem como a importância da referenciação para uma consulta diferenciada, em doentes motivados.

CO n.º 2033

Tempo de pandemia – Experiência de uma Unidade COVID de um Serviço de Medicina Interna

José Fragoso Duro(1);Mariana Lessa Simões(1);Nina Jancar(1);Filipa Gonçalves(1);Mariana Belo Nobre(1);Catarina Gregório(1);Catarina Jacinto Correia(1);Joana Rosa Martins(1);Patrício Aguiar(1);Soraia Campaniço(1);Tiago Ferreira(1);Gonçalo Domingos(1);Tiago Petrucci(1);Rita Gano(1);Ryan Silva(1);Inês Silva(1);Miguel Raposo(1);Milton Camacho(1);Tiago Santos(1);João Oliveira(1);Ricardo Taborda(1);Inês Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Em 2020, abriu a Unidade de Internamento de Contingência de Infecção Viral Emergente (UICIVE) para doentes com suspeição de COVID-19 e infecção confirmada, em cuidados de nível I e II.
Objectivo: Descrever a abordagem da COVID-19, quanto às características da população internada, protocolos de actuação aplicados, análise dos factores de risco (FR) e da mortalidade.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo que analisa os doentes internados numa unidade dedicada a infeção por SARS-CoV2, com suspeição de COVID 19 e infecção confirmada, nos períodos de 05/11/2020 a 21/04/2021 e 11/06/2021 a 22/11/2021. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos.
Resultados: Foram internados 587 doentes, 55% do sexo masculino (M), com idades entre os 19 e 101 anos. Confirmaram-se 21% dos casos suspeitos, tendo a Pneumonia bacteriana e a Insuficiência cardíaca sido os principais diagnósticos diferenciais. Dos 495 doentes com COVID-19, a média (de idades foi de 65 ± 18 anos, a mediana 68 anos e o grau Clinical Frailty 3 ± 2,02; houve predomínio do sexo M (56%), estes com de idades ligeiramente inferior. A demora de internamento foi de 7 ± 6,41 dias e não houve readmissões por COVID-19. Na admissão, 34% dos doentes apresentavam menos de 7 dias de doença. 98% dos doentes desenvolveram insuficiência respiratória aguda, 38% com necessidade de sistemas avançados de oxigenação e ventilação. A corticoterapia (CT) sistémica foi instituída em 98% dos casos – dexametasona (37%), prednisolona (36%) e metilprednisolona (25%); 7% dos doentes realizaram remdesivir. A coinfecção respiratória por microrganismo bacteriano ocorreu em 37% dos doentes e acarretou maior mortalidade ($p < 0,05$); 28% dos doentes apresentaram evolução para pneumonite organizativa e 9% tiveram embolia pulmonar, sem associação estatisticamente significativa com o aumento da mortalidade. Entre os FR para COVID-19 grave, prevaleceu a hipertensão arterial (55%), seguida da diabetes (31%), obesidade (27%), doença respiratória crónica (18%) e imunossupressão (IS) crónica (13%). Os hipertensos e diabéticos apresentaram maior taxa de complicações e maior taxa de mortalidade ($p < 0,05$), que no global foi de 12,4%, sem diferença estatisticamente significativa entre sexos; em 77% dos casos foi consequência directa da COVID-19; a de idades foi de 79 ± 10 anos.
Conclusões: A x de idades e o grau de fragilidade clínica foram inferiores comparativamente aos doentes geralmente internados nas Enfermarias de Medicina Interna em era não COVID. A escolha da CT decorreu da revisão dos protocolos desenhados pelo Serviço, à medida que a evidência científica era publicada. A coinfecção respiratória bacteriana, a hipertensão e a diabetes acarretaram significativamente maior mortalidade. Apesar do mesmo não se ter verificado com a IS crónica, a experiência clínica provou o contrário; tal decorreu de a análise não ter

incluído os óbitos ocorridos entre os doentes transferidos para o Serviço de Medicina Intensiva.

CO n.º 2092

Rastreio Nutricional na Enfermaria de Medicina Interna

Ana Pais Monteiro(1);Ricardo Marinho(1);Inês de Amorim Pereira(1);Mariana s. r. Costa(1);Carla Silva Gonçalves(1);Patrícia Neves(1);Ana Rubim Correia(1);Catarina Romero(1);David Martins(1);Inês Marques Ferreira(1);Inês Clara(1);Marta Matos(1);José Nuno Magalhães(1);Sofia Almeida(1);Sandrine Fernandes(1);António Lamas(1);Daniela Barroso(1);Filipa Abelha(1);Marli Ferreira(1);Patrícia Batista(1);Rita Rego(1);Fernanda Almeida(1);Arlindo Guimas(1);Margarida França(1);Luisa Serpa Pinto(1);Sofia Olívia Ribeiro(1);Manuela Bertão(1);Raquel Pereira(1);Ana Craveiro(1);César Quintas(1);Augusto Lopes(1);Susana Ferreira(1);Fernando Pichel(1);João Araújo Correia(1)
(1) MEDICINA - CHP - HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A malnutrição é um estado resultante da falta de ingestão ou absorção de nutrientes que leva a alteração da composição e da massa celular corporal e diminuição da função física e mental, sendo influenciada pelo estado inflamatório. Tem um impacto negativo na qualidade de vida e aumenta o risco de complicações intra-hospitalares e contribui para maior tempo de permanência no hospital e aumento dos custos hospitalares. Em estudos anteriores, cerca de 29% a 47% dos doentes internados em hospitais portugueses encontrava-se em risco de malnutrição, sendo que dos doentes internados especificamente em Medicina Interna, cerca de 51% apresentava este risco.

Metodologia
Foi avaliado o risco nutricional de todos os doentes internados no serviço de Medicina desde o dia 1 de Fevereiro até o dia 25 de Maio. Foi avaliado o tempo de internamento e mortalidade intra-hospitalar. O rastreio nutricional foi realizado através da ferramenta NRS 2002, sendo que o doente se considera em risco de malnutrição quando apresenta rastreio nutricional positivo. A estatística foi realizada através do software IBM SPSS versão 27 e utilizado o teste p, considerando-se $p<0,01$ como estatisticamente significativo.

Resultados
Foram avaliados 854 doentes, destes 455 doentes (53,3%) eram do sexo feminino. A idade média era de 75,9 ± 14,5 anos. O tempo médio de internamento era de 16,98 ± 19 dias, com uma mediana de 11 dias (mínimo 0 e máximo 144 dias). A taxa de mortalidade foi de 17,2% (n=147).
O rastreio nutricional foi positivo em 437 doentes (51,2%). Os doentes com rastreio positivo apresentaram um aumento do tempo de internamento de 19,65 ± 21dias, ao contrário dos doentes no grupo controlo com tempo médio de internamento de 14,17 ± 16,3dias ($p<0,01$). Dos doentes que faleceram 63,26% (n=93) tinham rastreio nutricional positivo ($p<0,01$).

Discussão
A malnutrição é um fator de risco importante para outcomes adversos de doença, muitas vezes ignorado em ambiente hospitalar apesar da sua relevância e frequência. A sua prevalência em doentes em medicina interna é elevada como mostra estes dados e estudos prévios. A malnutrição tem repercussões significativas na mortalidade e no

tempo de internamento dos doentes, pelo que o reconhecimento, intervenção precoce e multidisciplinar com acompanhamento da equipa de Nutrição Clínica melhoram o outcome primário e a mortalidade com melhoria do status funcional e qualidade de vida do doente.

CO n.º 2127

Consulta de Inflamação Ocular – Uma casuística de 5 anos

Carolina Cabrita Abreu(1);Marta Ferreira(1);Joana Marques(1);Ana Isabel Reis(1);Susana Pina(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A inflamação ocular é um motivo comum de referenciação a consulta de Doenças Auto-Imunes., Em 2017 foi criada a consulta de Inflamação Ocular, uma consulta conjunta entre a Medicina Interna e a Oftalmologia, que visa uma abordagem multidisciplinar e sistémica dos doentes com estas alterações, realizada ao mesmo tempo, num único consultório. Apresenta-se uma casuística dos doentes com patologia inflamatória ocular ao longo dos últimos 5 anos.
Material e Métodos: Foram colhidos dados de doentes com patologia inflamatória ocular seguidos entre Janeiro de 2017 e Dezembro de 2021, através da consulta do processo clínico. Posteriormente foi realizada uma análise dos dados na plataforma Excel.
Resultados: Obteve-se uma amostra de 524 doentes com patologia inflamatória ocular, a maioria do género feminino (56,3%, n=295), com idade média de 53 anos. A maioria dos doentes encontrava-se a ser seguido apenas pela Oftalmologia (65,8%, n=345) e quase um terço tinha seguimento na consulta de Inflamação Ocular (32,1%, n=168), sendo que os restantes eram seguidos por outras especialildades. Dos doentes seguidos na Oftalmologia alguns eram também discutidos na consulta conjunta, apesar de não formalmente seguidos nesta. A apresentação mais comum foi a uveíte anterior (50,8%, n=266), seguida da panuveite (9,4%, n=49) e da episclerite (6,3%, n=33).
A etiologia infeciosa foi a mais frequente (29,8%, n=156), seguindo-se a patologia auto-imune sistémica (26,8%, n=140) e a auto-imune ocular (10,5%, n=55). Cerca de 26,7% dos doentes (n=140) encontram-se ainda em estudo, sem etiologia definida. Dentro da etiologia infeciosa, a herpética foi responsável por 50,6% (n=79) das apresentações e a tuberculose por 21,2% (n=33). Relativamente às doenças auto-imunes sistémicas, a mais comum foi a doença de Behçet (14,3%, n=20), seguida da artrite idiopática juvenil (11,4%, n=16) e da espondilite anquilosante (10,7%, n=15). No caso das doenças auto-imunes oculares, o diagnóstico mais frequente foi a uveíte HLA B27 positiva (61,8%, n=34).
Relativamente aos grupos terapêuticos utilizados, 34,0% dos doentes (n=178) encontravam-se sob corticoide sistémico, 32,1% (n=168) sob terapêutica anti-infecciosa, nomeadamente antivirais, antibacilares ou antibióticos, 25,0% (n=131) encontrava-se sob medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs), nomeadamente metotrexato, azatioprina ou ciclosporina, e 3,1% (n=16) sob fármacos biológicos.
Discussão e Conclusão: As manifestações oculares são comuns em diferentes patologias sistémicas, podendo também ser reflexo de doenças primárias oculares. A consulta conjunta permite uma abordagem diagnóstica mais holística, bem como orientação na prescrição e avaliação de efeitos secundários da terapêutica imunossupressora, e, não menos importante, maior comodidade para os doentes com uma consulta única, permitindo a decisão clínica no mesmo momento.

CO n.º 2140

Abcessos hepáticos: uma casuísta de sete anos de um hospital distrital

Margarida Mourato(1);Inês Ferraz de Oliveira(1);Rita Penaforte(1);Marta Machado(1);Catarina Negrão(1);Miguel Achega(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Os abcessos hepáticos (AH) são o tipo mais comum de abcesso de órgão intra-abdominal. Podem ser classificados em piogénicos e não piogénicos e resultam de disseminação de infeção pelas vias biliares, veia hepática, veia porta ou de um processo contíguo. Foram identificados múltiplos fatores de risco, nomeadamente idade superior a 50 anos, sexo masculino, neoplasia, especialmente gastrointestinal, diabetes mellitus, cirurgia hepática, imunossupressão e uso crónico de inibidores da bomba de protões (IBP).
OBJECTIVO: Caracterizar a população internada com diagnóstico de AH num hospital distrital entre 2015 e 2021.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo realizado através da consulta dos processos clínicos de doentes internados entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2021. Análise estatística feita através de Excel 2021.
RESULTADOS: Foram analisados 76 doentes internados com diagnóstico de AH, 39 do sexo feminino e 37 do sexo masculino, com média de idades semelhante em ambos os grupos (65,2 anos vs. 69,7 anos). Uma minoria dos doentes era de raça negra (n=25). Constatou-se uma média de dias de internamento de 27,8 dias, excluindo os óbitos, e salienta-se que esta foi superior no sexo feminino (32,3 vs. 22,7 dias), com uma diferença estatisticamente significativa (p=0,03). Apenas 13 doentes não tinham à data do internamento nenhum fator de risco identificado e 63 doentes tinham pelo menos um fator de risco para AH, sendo o mais comum diabetes mellitus (46,1%) seguido de doença hepatobiliar e uso crónico de IBP numa percentagem igual de doentes (40,8%). No que diz respeito à etiologia, grande parte era piogénico (59,2%) e os restantes criptogénicos (34,2%) e não piogénicos (6,6%) nomeadamente em contexto de amebíase e neoplasia hepática primária ou secundária.
Verificou-se um total de 35,5% de doentes com sepsis, sendo que em nenhum se identificou concomitantemente endocardite.
Constatou-se ainda que doentes com isolamento microbiológico tiveram um tempo de internamento superior comparativamente a doentes que cumpriram apenas antibioterapia empírica (34,5 vs. 22,1 dias) (p=0,01). Mais de metade dos doentes (55,3 %) foram submetidos a drenagem percutânea ou cirúrgica.
Do total de 76 doentes, registaram-se 15 óbitos, representando uma taxa de mortalidade de 19,7%.
CONCLUSÕES: O diagnóstico de abcesso hepático é muitas vezes um desafio, pelo que é importante um elevado grau de suspeição. Apesar de, segundo a literatura, o sexo masculino ser fator de risco identificado para desenvolvimento de abcesso hepático, constatou-se nesta casuística um número ligeiramente superior de doentes do sexo feminino. Adicionalmente, doentes do sexo feminino tiveram um internamento mais prolongado, sendo esta uma diferença estatisticamente significativa. A grande maioria dos doentes tinha pelo menos um fator de risco, sendo que o mais comum foi diabetes mellitus, seguido de doença hepatobiliar e uso de inibidores da bomba de protões.

CO n.º 2154

BACTERIEMIAS - CARACTERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Marli Ferreira(1);Patrícia Baptista(1);Ana Rubim Correia(1);Inês de Amorim Pereira(1);Rui Flores Ribeiro(1);Tânia Lopes(1);Célia Maia Cruz(1);Ernestina Reis(1);Júlio Oliveira(1)
(1) CH UNIV PORTO - STO ANTONIO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As infeções da corrente sanguínea (ICS) constituem um marcador de gravidade com impacto na morbilidade, mortalidade, custos financeiros e na reserva de antimicrobianos.
Objetivos: Revisão e caracterização das bacteriemias num Serviço de Medicina Interna dum Hospital Universitário com avaliação de focos de infeção, microrganismos, complicações e mortalidade associada.
Material e Métodos: Estudo descritivo retrospetivo dos casos de bacteriemia decorridos entre 2017 e 2021 nos doentes internados num Serviço de Medicina Interna. As bacteriemias foram identificadas pelo programa HEPIC, First Solutions, e rejeitadas as duplicações e colonizações de acordo com critérios de vigilância epidemiológica da DGS. Dados demográficos, focos da infeção, microrganismos, complicações e mortalidade intra-hospitalar foram recolhidos por estudo dos processos clínicos e registados em Microsoft Excel para análise. As infeções foram classificadas segundo o foco clínico e tipo epidemiológico (comunidade vs nosocomial). Foram pesquisados fatores de risco para infeção por agentes multirresistente e imunossupressão.
Resultados: Avaliaram-se 253 episódios de bacteriemia em 245 doentes. Os homens predominam (55%, n=134); a mediana etária foi 76,5 anos. Classificaram-se como nosocomiais 93% (n=236) das ICS; das 7% (n=17) adquiridas na comunidade 24% (n=4) apresentavam fatores de risco para agentes multirresistentes. Quanto ao status imune, a prevalência de imunossuprimidos nas infeções da comunidade foi de 29% (n=5) e nas nosocomiais de 17% (n=41).
O foco de infeção mais comum foi o urinário (28%, n=71), seguido do respiratório (14%, n=36), pele (9%, n=23) e cateter venoso periférico (9%, n=23). Em 28% (n=72) não foi possível determinar o mesmo.
Sobre os microrganismos isolados, predominaram os Enterobacterales (48%, n=123), particularmente *K. pneumoniae* (21%, n=55) e a *E. coli* (18%, n=46), os Gram – não fermentadores surgiram em 7% (n=18) com predomínio da *P. aeruginosa* (n=17), enquanto o *S. aureus* (28%, n=72) é o microrganismo Gram + mais representado. Em 33 casos (13%) era resistente à meticilina (46% das estirpes de *S. aureus*). Agentes produtores de beta-lactamases de largo espetro surgiram em 11% (n=27) e de microrganismos resistentes a carbapenemos em 5% (n=12). Quanto à sua evolução temporal, verifica-se uma diminuição da taxa de MRSA (70% em 2017 vs 14% em 2021) e uma flutuação da prevalência dos microorganismos resistentes a carbapenemos com prevalências superiores a 15% verificadas em 2018 (18%) e 2021 (17%). Foram apuradas complicações diretamente associadas à bacteriemia em 43% (n=110) dos casos, as mais comuns a sépsis (48%, n=53) e o choque séptico (26%, n=29). Em 7% (n=7) das infeções por Gram + (n=96) diagnosticou-se endocardite. Houve necessidade de escalada de cuidados em 9% (n=23) dos episódios. A mortalidade intra-hospitalar apurada foi de 30% (n=76) e destes, 59% (n=45) diretamente atribuível à bacteriemia.

Conclusão: As bacteriemias devem ser alvo de caracterização para melhoria de práticas de gestão, adequação de antibioterapia à flora local e redução de complicações e mortalidade associadas.

CO n.º 2157

Comparação de índices de comorbilidade para estimar a mortalidade após a alta hospitalar

Odete Duarte(1);Diogo Alves Leal(1);Carina Sousa(2);Gustavo Rodrigues(1);Joana Cascais Costa(1);Mafalda Ferreira(2);Catarina Canha(2);Helder Esperto(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

INTRODUÇÃO: Os idosos internados nos serviços de Medicina Interna têm um grande número de comorbilidades, as quais têm repercussão a nível da sua saúde, terapêutica e influenciam diretamente a sua mortalidade. Os índices de comorbilidade oferecem uma medida objetiva, capaz de estimar a mortalidade, podendo assim ser vantajosos no prognóstico e decisão terapêutica. Apesar da sua utilidade, apenas alguns índices de comorbilidades são válidos para estudo em idosos. Tanto o índice de comorbilidade de Charlson (ICC) como o Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) contabilizam o número e gravidade das patologias.
OBJECTIVO: Comparar o desempenho de 2 índices de comorbilidade (ICC e CIRS) para prever a mortalidade após internamento.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo dos 100 primeiros doentes que tiveram alta para o exterior, de uma unidade dedicada ao envelhecimento, integrada num serviço de Medicina Interna de um hospital central. Foram colhidos dados demográficos e clínicos, incluindo da avaliação geriátrica global (AGG). O tempo de follow-up médio foi de 26 meses. Os índices de comorbilidade foram comparados através da análise das curvas Receiver Operating Characteristic (ROC).
RESULTADOS: A idade média dos doentes foi de 84,7 anos, sendo 73% do sexo feminino. A maioria dos doentes era proveniente do domicílio (65%) ou lar (19). Da AGG, 40% eram independentes nas AVDS (Katz médio de 4,1), 29% eram independentes nas AIVDs, 21% tinham um estado nutricional normal (MNA médio de 19,5), 31% tinham um MMSE normal (MMSE médio de 17,4), cada doente apresentava em média 9,4 doenças crónicas, 90% estavam polimedicados (média de 7,9 fármacos). A pontuação média obtida no ICC foi de 6,1 e no CIRS foi de 12,7. As curvas ROC mostraram uma discriminação fraca para predizer a mortalidade no final do follow-up (ICC - AUC: 0,638; CIRS – AUC: 0,657). O desempenho destas ferramentas não foi constante ao longo deste período: o ICC apresentou melhor capacidade preditiva aos 30 dias (AUC: 0,693) e 6 meses (AUC 0,702) enquanto que o CIRS foi superior aos 12 meses (AUC: 0,712).
CONCLUSÕES: Na população em estudo ambos os índices tiveram resultados fracos para estimar a mortalidade. Não parecem oferecer benefício como ferramenta prognóstica ou na delineação da estratégia terapêutica.

CO n.º 2181

Quando tratar a Sarcoidose Pulmonar? Uma série de casos com remissão completa

Ana Rita Sárria(1);Filipa Guimarães(1);Cristina Rosário(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Sarcoidose é uma doença inflamatória caracterizada pela presença de granulomas não caseosos. Esta doença pode ter atingimento multissistémico, mas o órgão mais comumente afetado é o pulmão, sendo que, o envolvimento pulmonar ocorre em mais de 90% dos doentes com sarcoidose.
Material e Métodos: Nesta série de casos, reportamos 4 doentes do sexo feminino com uma média de idades de 46 anos, com o diagnostico de Sarcoidose Pulmonar exclusivo.
Resultados: Todas as doentes apresentaram uma tomografia computadorizada torácica inicial com adenopatias hilares e/ou infiltrados reticulares. No Lavado Broncoalveolar, todas apresentaram predomínio linfocitário e racio CD4/CD8 elevado. Três doentes tinham os níveis de enzima conversora de angiotensina (ECA) também aumentados. Duas doentes apresentaram-se inicialmente assintomáticas, enquanto que as restantes apresentaram clínica respiratória. Em todos os casos, verificamos estabilidade ou melhoria clinica e imagiológica, sem instituição de terapêutica.
Conclusões: Esta série reforça a importância do diagnóstico precoce, que se prende a elevada suspeição clínica e que não depende da elevação da ECA. Destacamos também a dissociação clínico-radiológica desta doença, reservando-se o tratamento a doentes com sintomas respiratórios incapacitantes, declínio significativo da função pulmonar e agravamento das alterações imagiológicas. A decisão de tratar tem que ter em conta a grande probabilidade de remissão espontânea da doença.

CO n.º 2206
AJUSTE DA ANTIBIOTERAPIA DE ACORDO COM A FUNÇÃO RENAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UM ESTUDO TRANSVERSAL

João Vieira Afonso(1);Joana Castro Vieira(1);Rafael Oliveira(1);Ana Filipa Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O serviço de urgência (SU) é a primeira abordagem ao doente hospitalar. Não obstante, pelo volume de gravidade inerente ao serviço, alguns pormenores são olvidados. A maioria daqueles que entram pelo SU são idosos, com pluripatologia, nomeadamente alteração da função renal, pelo que a medicação aplicada deve ter em conta esta patologia.
Objetivo: Avaliar se a prescrição de antibióticos em patologia médica no SU foi ou não ajustada de acordo com a função renal dos doentes, num período definido, e se houve ou não agravamento renal posterior.
Material e Métodos: Foi realizado um estudo transversal durante um período de 5 dias no SU. Os doentes incluídos tinham de estar em permanência há mais de 24h, com patologia médica. Foram recolhidos dados demográficos (idade, género); biométricos (peso); avaliação analítica com valor de creatinina; antibiótico prescrito e patologia. Dados recolhidos através do programa “SClinico”. Foram usadas variáveis numéricas (média e desvio padrão) e variáveis categóricas (frequência relativa-%). Usado teste x2 para avaliação de relação estatisticamente significativa.
Resultados: A amostra teve no total 63 doentes, com idade média de 74.8 anos ± 14.6. Destes, 57% foram submetidos a antibioterapia: 38.9% Pneumonia, 36.1% Cistite; 11.1% Traqueobronquite aguda, 5.6% Pielonefrite aguda, 5.6% Febre sem foco e 2.8% Gastroenterite aguda. O antibiótico mais utilizado foi a Ceftriaxona (36.1%), seguido de Amoxicilina-Ácido Clavulânico (30.6%), Cefuroxime (11.1%), Piperacilina-Tazobactam (5.6%), Meropenem (5.6%), Levofloxacina (5.6%), Ciprofloxacina/Metronidazol (2.8%) e Cotrimoxazol (2.8%).
Nos doentes submetidos a antibioterapia, 52.8% apresentavam uma estimativa da taxa de filtração glomerular (eTFG), pela equação de CKD-EPI, inferior a 30mL/min/1.73m2, valor a partir do qual a maioria dos antibióticos devem ser ajustados. Nestes doentes, a Ceftriaxone foi a mais usada (36.8%). Em 42.1% destes doentes o antibiótico não foi ajustado (31.6%) ou foi ajustado posteriormente ao momento correto (10.5%). Isto foi mais notório com Cefuroxime, Cotrimoxazol e Ciprofloxacina/Metronidazol-nunca foram ajustados- e Amoxicilina/Ácido Clavulânico-não ajustado corretamente em 60%.
À data da recolha dos dados, em 26.3% dos doentes com eTFG<30 houve agravamento da função renal (40% sob Amoxicilina-Ácido Clavulânico, 40% sob Ceftriaxona e 20% sob Cotrimoxazol), sendo que naqueles cujas doses não foram ajustadas/ajustadas posteriormente ao momento correto o agravamento ocorreu em 60%.
Aplicando o teste x2 na amostra obteve-se um valor-p de 0.04.
Conclusões: Neste estudo verificou-se uma relação estadisticamente significativa entre o ajuste da antibioterapia à função renal e o agravamento da mesma, refletindo a importância de contemplar a função renal de cada doente na decisão terapêutica e ajuste posológico, sob risco de aumentar a vulnerabilidade do doente ao fármaco, podendo em última instância levar ao agravamento da função renal.

CO n.º 2219
Qual o valor preditivo dos scores SOFA, APACHE II e SAPS III quando aplicados a uma UCINT?

Dr. Pedro Neves Ferreira(1);Marta Anastácio(1);João Fustiga(1);Maria João Correia(1);Afonso Amorim(1);Joana a. Duarte(1);Hugo Moreira(1);Ana Lynce(1);Prof. Dra. Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: As Unidades de Cuidados Intermédios (UCINT) são estruturas únicas, uma vez que se encontram entre a Enfermaria e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), servindo como step-up ou step-down de cuidados, abrangendo uma população extremamente heterogénea. Os scores pré-existentes de morbilidade e mortalidade, desenhados especificamente para UCI, parecem não ser bons preditores de gravidade nas UCINT. Os que apresentam maior validação na literatura são o SOFA – que prevê o risco de mortalidade com base no grau de disfunção orgânica; o APACHE II – que estima a gravidade da doença e prevê o risco de mortalidade; o SAPS II e III que estimam a mortalidade em UCI; sendo o APACHE II e o SAPS II os que melhor parecem correlacionar-se com as UCINT.
Objetivo: Avaliar a acuidade preditiva dos scores SOFA, APACHE II e SAPS III quando aplicados numa UCINT.
Material e Métodos: Análise retrospetiva da população admitida na UCINT em 2019. Os scores foram calculados com base nas variáveis registadas nas primeiras 24h de internamento. No que concerne à taxa de mortalidade, foram considerados todos os óbitos - intra-unidade, ou após transferência para outro serviço; no internamento em questão.
Resultados: Foram admitidos 212 doentes na UCINT em 2019. A idade média foi de 66,9 e a mediana de 71 anos. Cerca de 43% dos doentes admitidos provinham do SU, 32% da UCI e 20% da enfermaria. Quanto ao destino dos doentes, 79% foram transferidos para a enfermaria, 6,6% para a UCI e verificou-se uma taxa de mortalidade intra-unidade de 2,8%. Analisando os scores da população em geral verificamos: SOFA médio 3 pontos (mortalidade prevista <33,3%); APACHE médio 11,9 pontos (mortalidade estimada 18%) e SAPS III médio 47,6 pontos (taxa de mortalidade esperada 25,8%). Considerando a globalidade do internamento, verificamos que a taxa de mortalidade foi de 15% (n=32), sendo a mortalidade prevista, nesta subpopulação, pelo APACHE II de 29,6% e pelo SAPS III de 47,9%. Embora estes 15% sejam inferiores ao esperado para este subgrupo, aproximam-se muito mais face ao esperado para a população em geral, principalmente no que concerne ao APACHE II. Contudo, ao analisarmos as curvas de ROC verificamos que o SAPS III apresenta maior valor preditor de mortalidade (AUC 0,83) face ao APACHE II (AUC 0,79), ou ao SOFA (AUC 0,74).
Conclusões: Pela sua variabilidade intrínseca, com doentes cujo teto terapêutico possa ser apenas o nível 2, verifica-se que os scores SOFA, APACHE II e SAPS III apresentam uma acuidade pouco satisfatória quando aplicados a esta população, principalmente quando apenas considerando as taxas de mortalidade previstas. Através desta análise, o SAPS III parece ser o que melhor se correlaciona com a nossa população, embora seja importante reiterar a discrepância acentuada entre a mortalidade prevista (47,6%) e a registada (15%). Esta diferença pode ser interpretada considerando que este score foi desenhado para aplicação numa população diferente da analisada, e ainda, por

pontuar parâmetros que são irrelevantes no nosso contexto, como o status cirúrgico à admissão, o que contribui para uma sobrevalorização da gravidade do doente e subsequente aumento da taxa de mortalidade prevista.

CO n.º 2284
CARACTERIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE CARBOXIMALTOSE FÉRRICA NO HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA INTERNA

Bárbara Saraiva(1);Ivanna Ostapiuk(1);Catarina Tavares Valente(1);Jéssica Fidalgo(1);Maria Nascimento(1);Sónia Coelho(1);Carina Santos(1);Luís Manuel Marfull(1);Orlando Mendes(1);Celestina Blanco Torres(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

INTRODUÇÃO: A Carboximaltose Férrica (CMF) é um fármaco de administração endovenosa, com indicação para tratamento de anemia ferropénica. Representa uma alternativa eficaz no tratamento desta patologia nos doentes em que a administração oral é ineficaz, não tolerada ou quando é necessário um rápido preenchimento das reservas de ferro.
OBJETIVOS: Caracterizar a utilização de CMF no Hospital de Dia de Medicina Interna e avaliar a eficácia dos vários tipos de suplementação com ferro.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional retrospetivo através da consulta dos processos clínicos dos doentes admitidos no Hospital de Dia de Medicina Interna durante o período de Janeiro a Dezembro de 2021, que realizaram terapêutica com CMF. Dados estatísticos trabalhados com recurso ao Microsoft Excel.
RESULTADOS: Do cômputo dos 584 doentes avaliados no Hospital de Dia de Medicina Interna, 153 (26,2%) realizaram terapêutica com CMF, 114 do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com média de idades de 70,8 anos e 71,3 anos, respetivamente. Destes 128 (83,7%) apresentaram anemia (hemoglobina (Hb) <12g/dL no sexo feminino e Hb <13g/dL no masculino) e 25 (16,3%) não tinham anemia. Dos doentes com anemia (83,7%), 47% apresentavam anemia multifatorial, 15% associado a doença gastrointestinal, 13% a défices alimentares, 11% a hemorragia ginecológica, 8% gravidez ou pós-parto, 2% anemia hemolítica mecânica e 4% outras hemorragias. Dos que realizaram terapêutica com CMF, 122 doentes tinham realizado tratamento prévio com ferro oral (mínimo 3 semanas de tratamento) com valor médio de Hb prévia de 11,07 g/dL e após tratamento o valor médio de Hb foi de 11,78 g/dL, o que reflete um incremento médio de 0.71 g/dL. Por sua vez, aquando da administração da CMF, o valor médio da Hb prévio era de 10,11 g/dL e após o tratamento o valor observado foi de 12,24 g/dL, sendo o incremento de 2,13 g/dL. A dose média administrada foi de 1000mg, em 22 doentes foi administrada dose única de 500mg, em 62 doentes dose única de 1000mg, 61 doentes 1000+500mg e em apenas 8 doentes 1000+1000mg, com pelo menos uma semana de intervalo entre administrações. Destes doentes, 36% apresentaram défice de vitamina B12 e 28% de ácido fólico.
CONCLUSÃO: Através dos resultados obtidos nesta análise, observa-se que existe uma elevada prevalência de anemia ferropénica na população. A principal etiologia que motiva a administração de CMF é a anemia multifactorial, o que reflete a existência de várias condições que contribuem para a doença. Uma percetagem significativa destes doentes tem défices vitamínicos concomitantes. Por sua vez, a resposta à terapêutica com CMF (variação de Hb) foi superior à da terapêutica efetuada com ferro oral. O Hospital Dia assume um papel preponderante no tratamento da anemia, já que a desvalorização desta patologia implica um atraso na administração de uma terapêutica eficaz com consequente diminuição da qualidade de vida dos doentes.

CO n.º 2395

Papel da Vacinação na Condição pós-COVID-19: dados preliminares de um estudo prospetivo

Beatriz Vitó Madureira(1);Daniela Soares(1);Rafael Marques(1);Sara s. Santos(1);Gonçalo Sarmento(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A Condição pós-COVID-19 é definida pela Direção Geral de Saúde (DGS) como o espetro de sintomas que ocorre em indivíduos com história provável ou confirmada de infeção por COVID-19, habitualmente 3 meses após início da fase aguda e pelo menos 2 meses de duração. Tem impacto importante na qualidade de vida dos doentes, implicando cada vez mais o seguimento e gestão em consulta.
Objetivo: Avaliação da relação entre o cumprimento do esquema vacinal COVID-19 e o desenvolvimento de sintomatologia persistente pós infeção.
Material e Métodos: Estudo prospetivo protocolado, não interventivo. Amostra composta por doentes em seguimento na consulta Long COVID e com diagnóstico prévio de COVID-19 com pelo menos 3 meses. Todos os doentes assinaram consentimento informado e autorizaram a utilização dos seus dados clínicos e analíticos no estudo. Recolhidos dados com recurso ao processo eletrónico individual (cumprimento de esquema vacinal COVID-19 e severidade da doença) e realizados inquéritos com base na entrevista clínica [Modified Rankin Scale (mRS); Post-COVID functional status scale (PCSF); General Anxiety Disorder-7 (GAD-7); Fatigue Severity Scale (FSS); Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)]. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS® v.27, sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $p<0.05$.
Resultados: Do total de 70 doentes incluídos, 57.1% eram do género masculino e na sua maioria com autonomia total e mRS de 0 (97.1%, n=68). A mediana de idade foi de 55 anos (AIQ 23). Em relação ao cumprimento do programa vacinal COVID-19, mais de metade dos doentes incluídos (54.3%, n=38) apresentavam esquema vacinal completo, previamente à infeção. Da sintomatologia reportada em consulta de seguimento, 10% (7) dos doentes apresentaram agravamento do estado funcional (determinado por inquérito PCSF), 12.8% (9) reportaram dispneia de novo de grau 2 ou superior na escala mMRC e mais cerca de um terço dos doentes (35.7%, n=25) reportaram fadiga e cansaço fácil aquando da reavaliação em consulta (definida como score ≥28 na escala FSS). Um quarto dos doentes (24.3%, n=17) referiu sintomas e sinais de ansiedade pós infeção, de intensidade moderada a severa (definida como score ≥10 no inquérito GAD-7). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o incumprimento do esquema vacinal e o desenvolvimento dos sintomas descritos previamente ou agravamento do estado funcional.
Conclusões: No presente estudo, não foi encontrada relação entre o status vacinal do doente e o desenvolvimento de sintomatologia tardia por COVID-19. É importante, no entanto, prosseguir com o estudo dos doentes sem seguimento por Condição pós-COVID-19, com uma amostra mais robusta, que permita avaliar o papel da vacinação como fator protetor de desenvolvimento de sintomas persistentes e com impacto na qualidade de vida dos doentes.

CO n.º 2407

Hipoalbuminemia numa enfermaria de Medicina Interna: será um marcador de mau prognóstico?

Ana Catarina Pina Pereira(1);Maria Rebelo(1);Ivo Alexandre Pina(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Salsinha Frade(1);Inês Urmal(1);Sofia Salvo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A albumina, proteína sérica mais abundante, tem funções sistémicas fulcrais. Alterações do seu valor sérico são comuns em doentes internados, podendo estar associadas a desnutrição, a sépsis, a patologias crónicas como doença renal ou hepática crónica (DRC, DHC) ou a neoplasias. A hipoalbuminemia está relacionada com aumento da morbimortalidade e do tempo de internamento hospitalar.
Objetivo: Analisar as principais etiologias associadas a hipoalbuminemia e verificar se existe associação entre o grau de albuminémia e o prognóstico, assim como com a duração de internamento numa enfermaria de Medicina Interna.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre Janeiro e Abril de 2022. Avaliadas as variáveis sexo, idade, albuminémia nas primeiras 48 horas de internamento (hipoalbuminemia grave, <25g/L; moderada, entre 25g/L e 32g/L; e normal, >32g/L), tempo de internamento, estado clínico à alta e diagnósticos principais e/ou secundários (infeção, DRC, DHC, neoplasia ativa). Os dados foram obtidos através do processo clínico dos doentes e analisados com recurso a Microsoft Excel.
Resultados: De 352 doentes internados, foram excluídos aqueles sem doseamento de albuminémia nas primeiras 48 horas (191 doentes), tendo sido incluídos 161 doentes (45,7% do total; dos quais, 65 mulheres). A distribuição em função do grau de albuminémia é de 12,4% com hipoalbuminemia grave, 31,7% com hipoalbuminemia moderada e 55,9% com normoalbuminemia. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o grau de albuminémia e o sexo dos doentes. A hipoalbuminemia grave é mais comum em idades iguais/superiores a 91 anos (em 27,6% destes doentes), nos internamentos superiores a 16 dias (em 67,7% destes doentes) e prolongados (em 84,6% destes doentes), assim como nos doentes em que se verificou o óbito (em 40% destes doentes; com valor médio de 21,76g/L). Em relação aos diagnósticos associados, os quadros infecciosos foram o diagnóstico preponderante. Dos doentes com hipoalbuminemia grave, 45% apresentaram como diagnóstico principal e secundário duas das doenças referidas de forma concomitante. Este feito só se verificou em 13% dos doentes com hipoalbuminemia moderada e em 11% dos doentes com normoalbuminemia.
Conclusões: A hipoalbuminemia, em contexto de internamento, é frequentemente multifactorial e, no seu estádio mais grave está associada a pior prognóstico e a um aumento do tempo de internamento. A sua abordagem passa pelo tratamento do quadro clínico de base, mas também por uma abordagem multidisciplinar, motivo pelo qual o seu doseamento deveria ser realizado por rotina na admissão do doente internado numa enfermaria de Medicina Interna.

CO n.º 2418

Troponina I: marcador de prognóstico cardiovascular a longo prazo em doentes internados com COVID-19

Jéni Quintal(1);António Pinheiro Candjondjo(1);Rui Antunes Coelho(1);Ana Rita Piteira(1);Joana Silvério Simões(1);Ricardo Pereira(1);David Noivo(1);Ana Reis(1);António Inácio(1);José Maria Farinha(1);Ana Fátima Esteves(1);Joana Silva Ferreira(1);Catarina Pohle(1);Tatiana Duarte(1);Sara Gonçalves(1);Rui Caria(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A lesão miocárdica aguda na Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19) é comum. As manifestações cardiovasculares (CV) da COVID-19 são variadas e estão bem descritas na literatura. Por outro lado, as suas complicações CV a longo prazo ainda não estão bem caraterizadas. Alguns dos eventos CV recentemente reportados incluem arritmias, insuficiência cardíaca (IC), síndromes coronárias agudas, disfunção do ventrículo direito (DVD), fibrose miocárdica, hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus (DM). Ainda que a Troponina I (TnI) constitua um preditor independente de gravidade na COVID-19, escasseiam estudos que avaliem o seu poder na predição de outcomes cardiovasculares a longo prazo.
Objetivos: Avaliar o poder da TnI de alta sensibilidade na predição de outcomes CV aos 6 meses e a 1 ano após o diagnóstico de COVID-19.
Material e métodos: Estudo unicêntrico retrospetivo. Foram incluídos consecutivamente e durante o período de 1 ano, doentes com ≥ 18 anos admitidos no serviço de urgência de um hospital distrital com o diagnóstico de COVID-19 (n=818). Excluíram-se os doentes com SCA (n=23) ou IC aguda (n=42) e os doentes sem doseamento de TnI à admissão (n=163). Identificaram-se os doentes com TnI elevada à admissão (TnI ≥ 19.8 pg/mL) - grupo TnI elevada - e compararam-se com os indivíduos com doseamentos de TnI normal (grupo TnI normal). Definiram-se como outcomes a incidência de eventos CV aos 6 meses e a 1 ano (outcome primário) e o reinternamento e mortalidade por todas as causas no período correspondente (outcome secundário).
Resultados: Incluíram-se no estudo 590 doentes, 52.4% dos quais do sexo masculino. No grupo TnI normal foram incluídos 381 doentes e no grupo TnI elevada 209 (35.4%). A idade média foi de 71±15 anos. Os indivíduos do grupo TnI elevada não só eram mais velhos (80±11 vs 66±14 anos, p<0.001), como também apresentavam maior número de comorbilidades CV: IC crónica (p<0.001), HTA (p<0.001), Fibrilhação auricular/Flutter (p<0.001), história de AVC (p=0.001) e cardiopatia isquémica (p<0.001). Ainda que não se tenha verificado correlação entre a TnI à admissão e a incidência de eventos CV aos 6 meses (OR 0.59, IC 95% 0.61-5.40, p=0.276), TnI elevada associou-se a maior número de eventos CV a 1 ano (OR 4.89, IC 95% 1.29-13.1, p=0.010). As principais complicações CV verificadas foram IC descompensada (n=9), Tromboembolismo pulmonar (n=4), arritmias (n=4), DM (n=3), IC de novo (n=2), HTA (n=2), isquemia crítica de membro (n=2) e DVD (n=2). Neste estudo, a TnI constituiu um preditor independente de reinternamento a 1 ano (OR: 2.3, CI 1.01-5.40, p=0.047), a par da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC; p=0.004). Não se verificaram diferenças na mortalidade aos 6 meses e a 1 ano entre os dois grupos.
Conclusões: No presente estudo, uma elevação de TnI ≥19.8 pg/mL à admissão hospitalar associou-se a pior prognóstico cardiovascular a 1 ano, sendo preditor independente de eventos CV e de reinternamento por todas as causas nesse período. Pese embora a associação deste biomarcador a pior prognóstico e maior mortalidade

intra-hospitalar, uma elevação de TnI poderá não traduzir um acréscimo de mortalidade a longo prazo. Assim, o nosso estudo realça a importância da TnI na identificação dos doentes com COVID-19 que poderão beneficiar de um follow-up mais próximo após alta hospitalar. Importa também considerar este seguimento nos doentes com DPOC, pelo maior risco de reinternamento.

CO n.º 2420

Diagnóstico de disfunção da tiróide na gravidez

Dra. Telma Alves(1);Manuel Maia(1);Vanessa Vieira(2);Ana Português Duarte(2);Joana Palmira Almeira(2);Elsa Nunes(2);Joana Paixão(1);Fátima Silva(1);Maria do Céu Almeida(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A disfunção tiroideia é a segunda patologia endócrina mais comum na gravidez. A gestação é uma fase de stress fisiológico, que está frequentemente associada a alterações, quase sempre normais e reversíveis, na concentração das hormonas tiroideias (HT). Contudo, dado que o feto está dependente das HT maternas até cerca das 10-12 semanas de gestação, a disfunção tiroideia na gravidez está associada a repercussões ao nível materno e fetal. O rastreio de todas as mulheres grávidas ou com risco de disfunção da tiróide, continua a ser uma temática controversa. O doseamento da TSH na fase pré-concepcional não é universalmente recomendado mas, considerando o aumento de patologia da tiróide decorrente da suplementação com iodo, tornou-se mais frequente na prática clínica, resultando num aumento do número de casos identificados.
Objetivo: Caracterização das mulheres com diagnóstico de disfunção tiroideia pré-concepcional ou durante a gravidez.
Material e métodos: Análise retrospetiva do processo das grávidas seguidas na Consulta de Patologia da Tiróide na Grávida, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020. As grávidas foram divididas em dois grupos: com diagnóstico de disfunção tiroideia constatado na fase pré-concepcional (PC) ou durante a gravidez. Caracterizou-se a disfunção (hipotiroidismo; hipertiroidismo, incluindo a tireotoxicose gravídica e doença autoimune tiroideia), antecedentes pessoais de doença autoimune, antecedentes familiares de patologia da tiróide e abordagem terapêutica instituída.
Resultados: No total, 91 mulheres, com média de idades de 34,43 anos, apresentaram diagnóstico de patologia da tiróide: 84 (92,31%) na fase PC e 7 (7,69%) na gravidez, todas no 1ºtrimestre.
Na fase PC, 2 mulheres foram diagnosticadas com hipertiroidismo (D. Graves) e 82 (97,62%) com hipotiroidismo (26,19% tiroidite autoimune e 7,3% com bócio multinodular). Nas doentes com diagnóstico PC, 5 tinham patologia autoimune conhecida (4 com DM tipo 1; 1 com D.Crohn) e em 11 grávidas (13,10%) foram identificados antecedentes familiares de patologia da tiróide. Das 82 grávidas com hipotiroidismo, todas se encontravam medicadas com levotiroxina.
Sete doentes (7,69%) foram diagnosticadas com patologia da tiróide durante a gravidez, todas no primeiro trimestre - 6 com hipotiroidismo (4 tiroidite autoimune) e 1 com tireotoxicose gravídica; nenhuma padecia de doença autoimune e constataram-se antecedentes familiares de patologia da tiróide em 5.
No que diz respeito às grávidas com hipotiroidismo, 18 (20,45%) tiveram necessidade de incremento, em cerca de 25%, da dose de levotiroxina; destas, 17 apresentavam tiroidite autoimune.
Da totalidade da amostra, 17 grávidas apresentavam diabetes mellitus (4,39% com DM tipo 1 e 14,3% DM gestacional). A maioria das grávidas teve parto de termo (74,73%), sem intercorrências registadas.

Conclusão: Nesta casuística, o diagnóstico de patologia tiroideia foi mais prevalente durante a fase pré-concepcional, sugerindo a possibilidade de existir um subdiagnóstico em mulheres em idade fértil.Considerando as complicações materno-fetais que advêm de uma disfunção tiroideia não tratada, o seu diagnóstico atempado é crucial. Face aos resultados desta análise retrospectiva, parece aos autores que a inclusão das hormonas tiroideias no rastreio pré-concepcional constitui uma inquestionável mais valia, a título de exemplo, na identificação precoce de uma das possíveis causas de infertilidade.

CO n.º 2443

A cirrose e a doença vascular cerebral, uma associação (im)provável?

Luís Miguel Relvas(1);Isabel Taveira(2)
(1) CHUA Faro (2) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte em Portugal. Na população cirrótica, até há bem pouco tempo, havia a crença de que estes doentes estariam protegidos contra eventos trombóticos. Contudo, vários estudos têm defendido uma associação entre a cirrose e o risco e/ou gravidade de hemorragia cerebral e AVC isquémico, embora não haja consenso quanto a esta relação de causa-efeito entre AVC e doença hepática.
Objetivo: Estudar a prevalência de eventos cerebrovasculares em doentes com doença hepática crónica (DHC) seguidos em consulta de hepatologia de um hospital distrital.
Métodos: Estudo retrospetivo no qual foram incluídos todos os doentes seguidos em ambulatório na consulta de Hepatologia de janeiro 2021 até dezembro 2021. Foram analisados os registos clínicos da consulta para colheita de dados sociodemográficos e clínicos.
Resultados: Foram identificados 201 doentes com DHC (157 do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com idade média de 64+-11 anos). Cerca de 7.5% dos doentes seguidos em consulta apresentaram um AVC (o AVC isquémico ocorreu em 7 doentes e o AVC hemorrágico em 8 doentes). Destes 15 doentes, apenas em 6 foi ativado a Via Verde AVC e foram posteriormente admitidos em unidade AVC. Entre os doentes com AVC isquémico, 57% tinham cirrose de etiologia alcoólica, 29% cirrose de etiologia autoimune e 14% etiologia fígado gordo não alcoólico. Do estudo etiológico do AVC isquémico efetuado, 71% apresentou aterosclerose dos grandes e pequenos vasos. Entre os doentes com AVC hemorrágico, 62.5% apresentou cirrose de etiologia alcoólica e 25% cirrose de etiologia viral (hepatite C). Do estudo etiológico do AVC hemorrágico, 62.5% apresentaram etiologia hipertensiva.
Discussão: A doença vascular cerebral está cada vez mais associada à DHC. Conforme observamos no nosso estudo, o AVC hemorrágico ocorreu em cerca de 4% dos doentes seguidos em ambulatório. Um dos principais fatores de risco para o AVC é o consumo de álcool, em ambos os tipos de evento (isquémico e hemorrágico) verificou-se uma maior percentagem de doentes cirróticos de etiologia alcoólica.

CO n.º 2541

Indução em Hemodiálise – Casuística num internamento de Nefrologia

Miguel Lázaro Mendes(1);Carla Lima(2);Sérgio Lemos(2)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças renais

Introdução
É comum que doentes internados nos serviços de nefrologia sejam induzidos em Hemodiálise (HD) durante o período em que se encontram internados. Idealmente, a necessidade de iniciar HD deverá ser antecipada de forma a preparar o doente, apresentando-lhe as diversas alternativas, nomeadamente HD, diálise peritoneal ou tratamento médico conservador e, no caso da opção por HD, construir uma fistula arteriovenosa (FAV) para poder iniciar tratamento sem necessidade de colocação de cateter venoso central (CVC), evitando os seus riscos e complicações.
Objectivo
Caracterizar a população de doentes induzidos em diálise num serviço de Nefrologia, nomeadamente perceber a patologia de base, se tinham FAV construída e se tiveram necessidade de continuar tratamento após o evento agudo.
Material e métodos
Estudo retrospectivo, envolvendo todos os doentes internados num serviço de nefrologia ao longo de meio ano e durante o qual iniciaram HD.
Dados colhidos a partir da consulta de registos clínicos e analisados em Excel.
Resultados
Num total de 387 doentes admitidos no internamento, 45 (11,6%) iniciaram HD. 40% eram do sexo feminino e a mediana de idades foi de 75 anos. 20% apresentava limitação moderada em algumas actividades da vida diária e 24,4% apenas limitação ligeira. Os restantes 55,6% eram autónomos.
60% dos doentes eram portadores de nefropatia diabética e / ou hipertensiva. O mieloma múltiplo, as glomerulonefrites, a doença renal poliquística e a litíase renal respresentam as patologias de base dos restantes 40%. Todos apresentavam doença renal crónica em estadio 5.
73,3% destes doentes não tinham FAV contruída e apenas 17,8% em condições de iniciar HD.
Como intercorrências durante a indução da HD registaram-se 8,9% de casos de hipotensão, um caso de edema agudo do pulmão e um de hemorragia pela fístula do CVC.
Registaram-se 13,3% de óbitos, nenhum relacionado com o procedimento.
73,3% dos doentes que foram induzidos em HD durante o internamento continuaram tratamento em clínica periférica após alta. Todos os que tinham FAV construída incluíam-se neste grupo.
Conclusões
Tal como expectável, a maior parte dos doentes induzidos em HD tinha baixo ou nenhum grau de dependência.
Dado que um número muito elevado de doentes manteve necessidade de HD após alta, seria desejável encontrar um número mais elevado de doentes com FAV funcionante, evitando os riscos e complicações da colocação do CVC.
Também é verdade que informar o doente dos tratamentos possíveis, dar-lhe a oportunidade tomar uma decisão informada, agendar uma consulta de cirurgia

vascular e o processo de construção e maturação da FAV é algo que pode demorar muitos meses e que nem sempre é fácil de antecipar atempadamente.
Seria conveniente a definição de um método eficaz para se encontrar o momento óptimo para construção da FAV.

CO n.º 2555

A variação sazonal da Trombose Venosa Profunda dos membros inferiores

CATARINA LIZARDO CRUZ(1);Margarida Quinto Pereira(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Outro

Introdução: A variação sazonal como fator predisponente para a ocorrência de eventos trombótico permanece controverso. Existem estudos que correlacionam os meses mais frios do ano com a incidência de eventos coronários, de acidentes vasculares cerebrais e de tromboembolimo pulmonar maciço, no entanto o papel da mudança de estação na ocorrência de trombose venosa profunda não está ainda estabelecido.
Objetivo: Análise retrospectiva da variação sazonal da ocorrência de trombose venosa profundas dos membros inferiores em doentes seguidos numa consulta de Doenças Tromboembólicas.
Material e Métodos: Estudo retrospectivo de todos os doentes com trombose venosa profunda dos membros inferiores seguidos em consulta de Doenças Tromboembólicas desde Janeiro de 2021 a Dezembro de 2021. Os dados foram obtidos através do processo clínico eletrónico dos doentes, relativos a informações demográficas, diagnóstico principal, fatores de risco, data de ocorrência do evento, a anticoagulação estabelecida e complicação decorrentes da doença e terapêutica. A data de ocorrência do evento trombótico foi dividida em Verão e Inverno, estabelencendo como Verão os eventos decocorrentes entre Abril e Setembro e Inverno como decocorrentes de Outubro a Março.
Resultados: Dos 253 doentes seguidos em consulta neste ano, apenas 93 doentes apresentavam trombose venosa profunda dos membros inferiores. Verificou-se um predomínio do género feminino, 54 doentes e uma idade média de 61 anos. No nosso estudo, verificou-se uma predominância significativa da ocorrência de trombose venosa profunda dos membros inferiores nos meses de Inverno, com 53 doentes (57%), em contraste com os meses de Verão com 35 doentes (38%). Em 5 doentes não foi possível apurar a data de ocorrência do evento. Apurou-se ainda que 83 doentes realizaram esquema terapêutico com anticoagulante oral, 5 com inibidor da vitamina K e 5 com heparina de baixo peso molecular. Registaram-se 3 intercorrências hemorrágicas consequentes da terapêutica instituída e 13 doentes vieram a desenvolver Síndrome pós-trombótico.
Conclusões: Como já foi sugerido para outras doenças, em particularmente o acidente vascular cerebral, também este estudo sugere que exista uma correlação entre o período do ano e a ocorrência de trombose venosa profunda dos membros inferiores. Todavia este é um estudo com uma amostragem muito pequena e a relação entre a localização do trombo e o período do ano não foi realizada. Ainda assim, pretendemos demonstrar a importância de estabelecer esta correlação numa tentativa de definir o período do ano como um fator predisponente à ocorrência de eventos trombóticos.

CO n.º 2582

Impacto clínico da infeção por VSR em adultos

Iara Ferreira(1);José Moura de Meireles(1);Filipe Veiga(1);Nuno Prucha Leite(1);Catarina Branco(1);Rita Maciel(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O vírus sincicial respiratório (VSR) é um agente infecioso com importante impacto na comunidade em termos de incidência e no seu contributo para a exacerbação de patologias crónicas, sendo subestimada a magnitude dos efeitos da infeção na população adulta.

Objetivo:
Caracterização clinico-demográfica dos doentes adultos, observados num centro hospitalar, infetados com VSR.

Material e métodos:
Estudo observacional, descritivo e retrospetivo, com base na análise dos processos clínicos dos doentes adultos com infeção por VSR observados no período compreendido entre fevereiro de 2019 e janeiro de 2021.

Resultados:
No período do estudo foram obtidas 272 amostras positivas para VSR. A idade média era de 60.1 anos (± 21.8), com predomínio do sexo feminino (70.6%). Apenas 25,4% tinham algum grau de dependência para as atividades básicas da vida diária, dos quais 20.2% estava institucionalizado. Um terço dos doentes não apresentava nenhum fator de risco cardiovascular (FRCV) e os restantes tinham, pelo menos um, sendo os mais comuns a dislipidemia e a hipertensão arterial (40,4% e 44.9%, respetivamente). A doença pulmonar crónica (DPC) estava presente em 32.4%, sendo as mais prevalentes a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a asma (38.6% e 34.1% respetivamente). Em 37.1% dos doentes tiveram necessidade de internamento, dos quais 87.1% apresentavam idade igual ou superior a 65 anos, com uma diferença estatisticamente significativa quando comparado com o grupo de menores de 65 anos ($p \leq 0,03$). 69,3% dos doentes internados apresentavam pelo menos um FRCV e 50.1% apresentava DPC. Uma percentagem de 8,9% dos internados, sem FRCV ou DPC, apresentavam imunossupressão subjacente. A média do tempo de internamento foi de aproximadamente 3.2 dias (± 6,0), verificando-se um aumento de 2.4 dias nos doentes com DPC e pelo menos um FRCV, não se encontrando, contudo, uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Verificou-se que da amostra apenas 35.7% dos utentes estavam vacinados contra a gripe, e uma percentagem ainda menor de 12.5% tinham cumprido a vacinação antipneumocócica. Nos utentes com pelo menos um FRCV e DPC que se encontravam vacinados, contra a gripe, o tempo médio de internamento foi de 4.6 dias. Durante o período do estudo apenas 5.4% dos utentes internados veio a falecer.

Discussão:
A infeção é considerada uma causa comum de exacerbações de DPC, tal como acontece com a infeção por vírus Influenza. Adultos com doenças cardíacas e pulmonares subjacentes e imunodeprimidos, parecem estar em risco de infeções mais

graves por VSR, com um aumento da necessidade e do tempo de internamento. Para os idosos e aqueles com doença cardiopulmonar subjacente, a vacinação contra o vírus da gripe parece conferir alguma proteção, contudo não alcançou significado estatístico, possivelmente pelo número reduzido da amostra.

CO n.º 2677

Vacinação da COVID-19 e evolução no internamento: existem diferenças entre os esquemas vacinais?

João Campos Cunha(1);Beatriz Madureira(1);Gonçalo Sarmento(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO:
A eclosão da pandemia da COVID-19 levou a uma ampla investigação científica global, tendo sido desenvolvidas em 2020 um total de 58 vacinas distintas contra o vírus SARS-CoV-2. Portugal é um dos países do mundo com maior percentagem de vacinação, tanto em doentes com esquema vacinal completo como incompleto, sendo a sua distribuição constituída por 4 principais vacinas: Pfizer-BioNtech, Janssen, Oxford-Astrazeneca e Moderna, todas elas com eficácia reportada de pelo menos 85% na prevenção de casos graves de COVID-19. No entanto, a grande maioria dos estudos de eficácia da vacinação tem como principal foco de investigação a prevenção da gravidade da doença e consequente redução das admissões hospitalares, havendo assim menor enfoque sobre a sua eficácia aquando da necessidade de internamento.

OBJETIVO:
Avaliação da relação entre a evolução clínica da doença COVID-19 e os diferentes esquemas de vacinação em doentes internados num Serviço de Medicina Interna (SMI).

MATERIAL E MÉTODOS:
Estudo retrospetivo, com amostragem de 90 doentes, correspondentes a doentes vacinados contra a COVID-19 e internados no SMI durante o último trimestre de 2021. Foram avaliadas as variáveis tempo de internamento e severidade da doença COVID-19 e comparam-se estes parâmetros com os esquemas vacinais dos doentes. Não foram considerados doentes vacinados com a vacina da Moderna pela sua reduzida quantidade.

RESULTADOS:
Foram avaliados um total de 146 doentes, tendo sido excluídos 56 (42%) por não se encontrarem vacinados ou por estado de vacinação incerto. Dos 90 doentes incluídos, 70% (N = 63) foram vacinados com Pfizer-BioNtech, 21% (N = 19) com Oxford-Astrazeneca e 9% (n=8) com Janssen. Verificou-se que a média de tempo de internamento foi semelhante entre os diferentes grupos de doentes (6.9 para Oxford-Astrazeneca vs 6.7 para Pfizer-BioNtech vs 6.3 dias para Janssen). Quanto à gravidade da doença, foi observado que a percentagem de doentes com doença COVID-19 grave foi superior para o grupo vacinado com a Oxford-Astrazeneca (89%) por comparação com as restantes (46% para Pfizer-BioNtech e 38% para a Janssen).

CONCLUSÕES:
Do estudo realizado conclui-se que a eficácia na duração do internamento não mostrou diferenças significativas entre os diferentes tipos de vacina. A vacina da Oxford-Astrazeneca parece ser menos eficaz em prevenir a gravidade da doença, mas a evolução clínica destes doentes no internamento não parece ser prejudicada por isso. Futuros trabalhos com maiores amostragens poderão ser mais esclarecedores na comparação da eficácia dos diferentes esquemas vacinais em doentes com necessidade de internamento.

CO n.º 2684

Uso de Sonda Nasogástrica, a realidade de um serviço de Medicina Interna

Filipa Sousa(1);Gabriela Venade(1);João Lázaro(1);Paula Manuel(1);Luís Costa Matos(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Outro

Introdução: A alimentação dos doentes constitui uma preocupação de profissionais de saúde e cuidadores. O recurso à sonda nasogástrica (SNG) é relativamente frequente, ainda que na maioria dos casos não haja uma indicação formal nem seja benéfico para o conforto e dignidade do doente.
A disfagia associada ao acidente vascular cerebral (AVC) ou a hemorragia digestiva são indicações para colocação temporária de SNG. Contudo, verifica-se o seu uso noutras situações, sem validação científica, sendo esta situação agravada pela sua permanência, frequentemente, ad eternum. Segundo a literatura, raramente se justificam períodos superiores a 4 semanas de permanência de SNG. No nosso conhecimento, há pouca informação relativamente à utilização de SNG em serviços de Medicina Interna (MI). Tendo em conta que estas enfermarias têm uma fração importante de doentes com idade, fragilidade e demência avançadas, julgamos ser particularmente necessário o estudo e a caracterização da utilização destes dispositivos nestes serviços.
Objetivo: Avaliar a prevalência do uso de SNG em enfermarias de MI, bem como os fatores associados à sua colocação.
Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional com amostragem consecutiva de todos os doentes internados nas enfermarias de MI, a cargo da mesma especialidade, durante 9 dias. A colheita de dados seguiu um protocolo uniformizado e a informação foi colhida junto da equipa assistente, médico e enfermeiro, bem como a partir da consulta dos registos clínicos. Os dados foram analisados em Excel.
Resultados: Num total de 207 doentes admitidos no internamento de MI, 38 (18,4%) foram portadores de SNG. 66% eram do sexo feminino e a mediana de idades foi de 87 anos. 79% dos doentes eram totalmente dependentes nas atividades de vida diária e apenas 5% eram autónomos. Em 68% dos doentes, a SNG foi colocada na enfermaria de MI, sendo que os restantes eram já portadores aquando da admissão no serviço. As principais indicações para colocação de SNG foram: síndrome demencial (34%); recusa alimentar (29%); disfagia (16%) e alteração do estado de consciência (11%). 53% dos doentes tinham antecedentes pessoais de demência e 11% de AVC. 29% das colocações de SNG foram por prescrição médica e em 63% a colocação foi por decisão autónoma da equipa de enfermagem. 42% dos doentes tiveram necessidade de contenção física para a não remoção da SNG.
Conclusões: Com este trabalho demonstramos a elevada prevalência de SNG em doentes internados no serviço de MI, frequentemente por motivos não previstos na literatura, nomeadamente a demência. A elevada percentagem de doentes com necessidade de contenção física é preocupante, levantando a questão da pertinência da colocação da mesma. Cremos ser necessário uma maior sensibilização para este tema e a realização de futuros trabalhos e protocolos, que orientem, com base na evidência, a colocação de SNG. Assim, promover-se-á um maior conforto e dignidade a pessoas em situação de particular fragilidade.

CO n.º 2691

Analise de uma série de doentes com isolamento de Entrebaterias resistentes a carbapenemes

Andreia Brito(1);Sérgio Azevedo(1);Jorge Nepomuceno(1)
(1) CHMT - H Abrantes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: As Enterobacterias resistentes aos carbapenemes (ERC) têm vindo a aumentar a nível mundial e o seu controlo é imperioso para a prevenção de infeções no serviço de medicina.
OBJETIVOS: Caracterizar os principais aspetos demográficos, microbiológicos e da terapêutica, nos doentes internados com isolamento de ERC, num serviço de Medicina, durante 1 ano num hospital não central.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo de adultos (>18 anos), admitidos no serviço de medicina, desde 1 Janeiro 2021 a 31 Dezembro 2021 com isolamento de bactérias resistentes aos carbapenemes em produtos biológicos. A informação clínica foi obtida através de consulta de processos clínicos e os dados microbiológicos fornecidos pelo serviço de Patologia Clínica do hospital.
RESULTADOS: No total de doentes internados no serviço de medicina durante um ano, foram identificados 48 doentes com isolamento de ERC (n=48), cujas idades estavam compreendidas entre os 52 anos e os 98 anos (média: 75 anos). Da totalidade de isolamentos obtidos, 37 foram obtidos em cultura de urina (UC) (77.1%), 7 em secreções brônquicas (SB) (14.6%), 3 em hemocultura (HC) (6.2%) e 1 em exsudado uretral (2.1%). A Klebsiella pneumoniae foi o microrganismo mais frequente, com 41 isolamentos (85.4%), predominantemente em UC (73%, n=27), seguida do Proteus mirabilis com 4 casos (8.3%), todos isolados em UC (100%, n=4). Foram identificados 2 isolamentos de Klebsiella oxytoca (4.2%) isolados em UC, 2 de Escherichia coli (4.2%) isolados também em UC, 2 isolamentos de Enterobacter cloacae (4.2%) um isolado em UC e outro em secreções brônquicas e 1 Citrobacter koseri (2%) isolado em UC. Nas três hemoculturas foram isoladas Klebsiella pneumoniae.
Consideraram-se 13 colonizações, tendo sido tratados 35 doentes (73%). Dentro do grupo de doentes tratados, o antibiótico mais utilizado foi a colistina (37.5%, N=18)
CONCLUSÃO: Neste grupo de doentes, maioritariamente idosos, as principais ERC identificadas foram a Klebsiella pneumoniae e o Proteus mirabilis, isoladas sobretudo em uroculturas. O rastreio hospitalar permite identificar de forma crescente estes doentes, tentado combater a transmissão de bactérias multirresistentes.

CO n.º 2725

Caracterização da abordagem a isolamentos respiratórios de Candida spp. numa UCI

Pedro Caiado(1);António Epifânio Mesquita(1);Catarina Cardoso(2);Raquel Cavaco(2);Luís Bento(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução:
O isolamento de Candida spp. do tracto respiratório é comum em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Contudo, a pneumonia a Candida spp., cujo diagnóstico definitivo requer demonstração histológica de invasão tecidual por Candida, é rara e ocorre na maioria dos casos por disseminação hematogénea. O isolamento de Candida spp. em LBA tem fraco valor preditivo para pneumonia a Candida spp., como múltiplos estudos prospectivos e retrospectivos consistentemente o demonstraram. As guidelines da Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (ESCMID) recomendam que o isolamento de Candida spp. de secreções respiratórias não motive tratamento antifúngico, mas seja interpretado como colonização. Do mesmo modo, as guidelines da Sociedade de Doenças Infecciosas da America (IDSA) afirmam que o isolamento de Candida spp. do tracto respiratório raramente requer tratamento.
Objetivo:
Descrever as atitudes terapêuticas perante isolamentos respiratórios de Candida spp. praticadas numa UCI.
Material e Métodos:
Estudo observacional retrospectivo. Foram analisados todos os processos clínicos dos doentes internados numa UCI de um hospital central, entre Agosto de 2016 e Março de 2022, que tiveram isolamentos de Candida spp. em aspirado traqueobrônquico (ATB) ou lavado broncoalveolar (LBA). Foram excluídos os doentes que estiveram sob Oxigenação por Membrana Extra-Corporal (ECMO) durante o internamento. Foram analisadas as seguintes variáveis: i) sociodemográficas e clínicas; ii) significado clínico atribuído ao isolamento (infeção versus colonização), iii) isolamento de Candida spp. em hemocultura e iv) tipo de antifúngico e duração de tratamento. A análise estatística foi feita com recurso ao Microsoft Office Excel.
Resultados:
Foram analisados 99 isolamentos de Candida - sendo a maioria obtidos por LBA (87%) - correspondentes a 93 doentes. Dos 164 isolamentos obtidos, foram excluídos 40 doentes em ECMO e 25 isolamentos duplicados. A mediana de idades foi de 69 anos (amplitude interquartil 58-75) e 77% eram do sexo masculino. A duração média de internamento na UCI foi de 21 dias (±12). A duração média de VMI foi de 17 dias (±11). A mortalidade na UCI foi de 38% e, aos 30 dias, de 42%. Os fatores de risco para infeções por Candida spp. mais frequentes foram antibioterapia de largo espectro nas 14 dias anteriores (88%), corticoterapia em dose cumulativa superior a prednisolona 200mg ou equivalente no internamento (30%), quimioterapia ou terapêutica imunossupressora nos 6 meses anteriores (23%). A maioria dos isolamentos (65%) foi admitida como infeção e tratada com antifúngico. Os antifúngicos mais comumente usados foram Fluconazol, Caspofungina e Voriconazol em 59%, 22% e 8% dos casos, respectivamente. A duração média de tratamento foi de 9 dias (±5). O isolamento concomitante de Candida spp. em hemoculturas ocorreu apenas em 3% dos casos.
Conclusões:

A maioria (cerca de 2/3) dos isolamentos respiratórios de Candida spp. nesta UCI foi admitida como infeção e consequentemente tratada. Nesta amostra, poderá ter havido sobrevalorização dos isolamentos respiratórios de Candida spp. e sobreuso de antifúngicos. A elevada gravidade clínica desta coorte poderá estar na base desta prática clínica e justificar a realização de outro tipo de estudos clínicos.

CO n.º 2741

Insuficiência cardíaca fração ejeção reduzida: a importância da abordagem terapêutica estruturada

Sabina Belchior Azevedo(1);André Calheiros(1);Rafael Freitas(1);Liliana Costa(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida (FER) e ligeiramente reduzida (LR) está associada a uma importante morbi-mortalidade. Para os doentes internados com IC FER, as recomendações recomendam a otimização da terapêutica médica, previamente à data de alta.
OBJETIVO: Analisar a otimização terapêutica e prognóstico dos doentes internados com IC FER e MR durante um ano num hospital de nível 1.
MATERIAL E MÉTODOS: Foram analisados 828 internamentos consecutivos de doentes com diagnóstico de IC, cardiopatia hipertensiva, valvular, ou isquémica num hospital de nível 1 no ano de 2020. Através da revisão de cada processo clínico, foram confirmados 514 doentes com diagnóstico de IC e 286 doentes consecutivos com ecocardiograma realizado nos últimos 2 anos com avaliação quantitativa da fração ejeção. Destes, 40 doentes apresentavam FER (14%) e 31 LR (10,8%). Foi usado o teste de qui quadrado com a correção de continuidade de Yates no SPSS para avaliar a associação entre a orientação dos doentes e otimização terapêutica e prognóstico.
RESULTADOS: Dos 71 doentes com IC FER e MR, 28% foram re-internados a 1 ano, 42% morreram e 53,5% foram re-internados ou morreram.
Relativamente à sua orientação, 13 (18,3%) foram orientados para consulta externa (CE) de IC enquanto os restantes foram enviados para outras CE, médico assistente ou hospital de dia.
Os doentes orientados durante o internamento com apoio da CE de IC tinham uma percentagem de terapêutica modificadora de prognóstico otimizada à data de alta significativamente mais elevada que os restantes (61,5% vs 24,4%, p:0,01), bem como uma significativa maior percentagem de terapêutica otimizada a 1 ano (72,7% vs 10,3%, p<0,001).
Os re-internamentos a 1 ano foram numericamente mais baixos nos doentes seguidos na CE IC (15,4% vs 38,4%), mas sem significado estatístico (p:0,21), tal como a morte a 1 ano (23% vs 26,9%, p:0.98). Nos doentes com medicação otimizada a 1 ano, a percentagem de re-internamentos foi inferior, porém sem significado estatístico (9,09% vs 27,6%, p:0,051).
CONCLUSÕES: Este estudo confirma na realidade local o prognóstico adverso dos doentes com IC FER e IC FE LR, com elevados níveis de mortalidade e reinternamentos. Documenta ainda uma importante percentagem de doentes internados por IC FER ou MR, sem otimização terapêutica no internamento, tendência esta minimizada nos doentes seguido em consulta estruturada de IC, com a maioria destes a terem a sua medicação otimizada 1 ano após a alta. A otimização terapêutica precoce durante o internamento e nas primeiras semanas após a alta com uso de protocolos estruturados é fundamental na modificação do prognóstico destes doentes.

CO n.º 2743

Mio-, peri- e miopericardites num hospital periférico - o impacto da vacinação SARS-CoV-2

Tiago Castro Pinto(1);Sandra Oliveira Mendes(2);Nuno Moreno(3);Raquel Calisto(2)
(1) ULSM (2) Serviço de Medicina Interna, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos (3) Serviço de Cardiologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A vacinação contra o SARS-CoV-2 apresenta efeitos laterais, dos quais as mio/miopericardites(M/MP) e pericardites(P) tiveram especial destaque.

Objectivo: Comparar em estudo retrospetivo os eventos de M/MP e P associados à vacinação contra SARS- CoV-2 com os casos de M/MP e P de outras etiologias.
Métodos: Foi obtido através do sistema de codificação hospitalar o número total de eventos de acordo com sistema de Classificação Internacional De Doenças 10 ocorridos entre 1/2/21 a 1/3/22. Foram consultados os registos eletrónicos para complementar informação clínica. A atual literatura mais robusta engloba os casos de M/MPV e PV num período até 6 semanas pós vacinação, sendo que a maioria dos casos ocorre nos primeiros 7 dias. Combinando estes dados com apresentação clinica congruente, as M/MP e P foram agrupadas entre casos com forte associação à vacinação (M/MPV ou PV) e casos de etiologia infecciosa/idiopática(M/MPnV ou PnV). A estatística foi calculada usando o programa Numbers (APPLE, INC).

Resultados: Identificados 39 casos M/MP ou P e excluídos 4 por incerteza diagnóstica ou etiológica do evento ou não ser o diagnóstico principal. Houve 16 casos de M/MPnV e 5 M/MPV e 9 casos PnV e 4 PV. Nos casos de M/MPnV e M/MPV, o espetro de idades foi de 19-51anos e 20-77anos, respetivamente. Em ambos os grupos, 3 dos doentes eram mulheres. Nos casos de PnV e PV, o espetro de idades foi de 37-70 anos e 44-88 anos, respetivamente. Apesar da tendência para a diferença de idades entre os grupos V e nV, não houve diferenças estatisticamente significativas(DES) na média de idades. 66,7% dos vacinados tiveram um evento na 1ª semana.
Na restante caracterização da população, destaca-se a DES na história prévia de M/MP no grupo M/MPV(p=0.047). Contudo, o estudo diferencial da etiologia nos casos M/MPnV e PnV não foi uniforme. Não havia prática regular de desporto nos doentes admitidos com PV ou PnV, ao contrário dos doentes com M/MPnV ou M/MPV (7 em 21), apesar desta diferença também não ser estatisticamente significativa. Não ocorreu nenhum desfecho fatal em nenhum dos grupos. Sem DES entre a média de número de dias de internamento, troponina máxima ou proteína C reativa máxima nem na incidência de eventos registados em telemetria. Não houve DES também na incidência de fração de ejeção do ventrículo esquerdo comprometida nos casos de M/MPnV ou M/MPV, bem como também de pericardite constritiva nos casos de PnV ou PV. 15 dos 16 casos de M/MPnV e 4 dos 5 casos de M/MPV foram confirmados por ressonância magnética.

Conclusão: Globalmente, os eventos associados à vacinação não apresentam uma trajectória diferente dos restantes casos encontrados na prática clínica, ainda que o número total da amostra possa ser uma limitação. O facto da história prévia de M/MP ser significativamente superior no grupo M/MPV corrobora a hipótese destes eventos

serem despoletados por gatilhos imunológicos. Pretendemos salientar a heterogeneidade individual de doentes que se apresentam com este tipo de eventos.

CO n.º 2772

Vírus Influenza num Hospital Periférico entre 2020 e 2022

Nuno Prucha Leite(1);Catarina Branco(1);David Costa(1);Iara Ferreira(1);a. Sofia Ferreira da Silva(1);Filipa Mouro(1);Isabel Alonso(1);Rita Maciel(1);José Meireles(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças respiratórias

Introdução:
O vírus Influenza é responsável por infeções respiratórias agudas, de carácter sazonal. A fim de prevenir ou controlar surtos de gripe, é importante identificar os casos e implementar medidas de controlo de infeção. Em termos de saúde pública, são fundamentais as medidas de etiqueta respiratória e a vacinação anual contra a gripe sazonal.

Objetivo:
Avaliar o número de casos de Infeção por Influenza A e B e respectiva caracterização da população bem como identificar possíveis contributos do uso de máscara e vacinação na oscilação do número de casos, internamentos e mortes associadas.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo observacional e retrospetivo. Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, com deteção laboratorial por PCR de vírus Influenza A e B no período entre janeiro e abril de 2020 a 2022. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS®.

Resultados:
Foram identificados 106 casos de Influenza A em 2020, 1 em 2021 e 269 em 2022; as medianas de idade foram 62,31 (± 18,12) e 48,68 (± 24,95) anos em 2020 e 2022, respectivamente. Em termos de género, a percentagem de sexo feminino foi de 54,7 em 2020 e 55,8 em 2022. Foram detetados apenas 10 casos de Influenza B, exclusivamente em 2020.
No que diz respeito a diagnósticos primários, necessidade de internamento e mortalidade associada: no ano de 2020, a infeção por Influenza foi considerado diagnóstico primário em 102 casos, nos quais 68,2% (70) necesssitaram de internamento, e, nesse contexto, a taxa de mortalidade foi de 8,57%. Por sua vez, em 2022, existiram 226 diagnósticos primários, dos quais, apenas 22,57% (51) foram internados, sendo a mortalidade associada de 15,67%. Dos internamentos por Influenza em 2022 apenas há registo de 5 casos de co-infecção por SARS-CoV-2, com registo de apenas 1 óbito.
A taxa de vacinação em 2020 e 2022 foi, respectivamente, 20,59% e 30,97% nos doentes com diagnóstico primário de Influenza e de 27,14% e 54,9% nos doentes com necessidade de internamento nesse contexto.

Conclusão:
Durante a pandemia de COVID-19, entre outubro de 2020 e maio de 2021, a atividade da infeção por Influenza foi amplamente reduzida, em semelhança a outros vírus respiratórios. São desconhecidas as razões efetivas para redução do número de casos. No entanto, o confinamento bem como as medidas de etiqueta respiratória poderão ter tido um papel preponderante.

Desde dezembro de 2020, foi introduzido um painel de vírus respiratórios para rastreio SARS-CoV-2, o qual contemplava o vírus Influenza. Esta medida poderá justificar em parte o aumento de número de casos diagnosticados em 2022. Este aumento exponencial de casos não se traduziu num aumento de internamentos, constituíndo, na sua maioria, casos de doença ligeira. Uma facilitação nas medidas de etiqueta respiratória poderá também ter contribuído para este aumento.
Em termos de vacinação contra a gripe sazonal, é de realçar o aumento da taxa de vacinação de 2020 para 2022. A impossibilidade de apurar a vacinação nos óbitos, condiciona a análise destes dados.

CO n.º 2796

RELATION BETWEEN HEART RATE RECOVERY AFTER ERGOMETRIC EXERCISE TEST AND CORONARY ARTERY DISEASE

ANTONIO PINHEIRO CUMENA CANDJONDJO(1);Jéni Quintal(1);Rui Coelho(1);Ana Esteves(1);Joana Ferreira(1);José Farinha(1);Artur Lopes(1);Andreia Fernandes(1);Isabel Silvestre(1);Leonel Bernardino(1);Rui Caria(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças cardiovasculares

Objective: To analyze the relation between coronary artery disease (CAD) and heart rate response during the recovery phase of the exercise test (stress test). Methods: The study included patients with suspected or known CAD referred for exercise stress testing. We compared heart rate in the first minute of recovery (HRR1) between the two groups (CAD versus no CAD). We analyzed the predictors related to HRR1 using univariate and multivariate linear regression models. The analysis was performed with a significance level of 5%. Results: The study included 203 patients (135 men, mean age 59.3±14.3 years), 101 (49.8%) with suspected or CAD versus 102 (50.2%) without CAD. The mean exercise time during the exercise test was 7.1 ± 2.5 (7.1 ± 2.4 vs 7.1 ± 3.1 min, p=0.843). The mean pressure heart rate was 75.53 ± 13.27 bpm vs 83.06 ± 16.53 bpm. There are no statistically significant differences in HRR1 between the CAD groups (28.61 ± 15.39 bpm vs without CAD 29.64 ± 10.93). There were 10 patients (4.9%) with HRR1 ≤ 12bpm. Regarding cardiovascular factors to CAD, observed-observed- FCR1 statistically significant in the 9 risk factors among a negative result. HRR1 values ??were lower and statistically significant in patients with a history of arterial hypertension (27.8 ± 14.7 bpm; p = 0.03) and diabetes mellitus (25.4 ± 10 bpm; p = 0.02). In the multivariate analysis, age and restriction heart rate were associated variables (negative effect) with slower HRR1 (p>0.05). The patient follow-up period was 30.13 ± 3.46 months and there were no significant differences in total mortality or cardiovascular causes groups between the two (p>0.05). Conclusion: The heart rate in the first minute of mediated recovery is influenced by the activity of the autonomic nervous system and can contribute to the identification of patients at high risk for cardiovascular events, as it has been shown to be a determinant as a prognostic marker of cardiovascular morbidity and mortality in a lot of studies.

CO n.º 2800

Gestão multidisciplinar e a diferença no tratamento da Insuficiência Cardíaca: Impacto na agudização

Sara Rodrigues Silva(1);Ana Santos e Silva(1);Monika Dvorakova(1);Leonor Gama(1);Filipe Dias(1);Pedro Laranjo(1);Valentyn Roshkulets(1);Mónica Ferro da Silva(1);Inês Benedito(1);Artur Gama(1);Josiana Duarte(1);Teresa Bernardo(1);Adelaide Belo(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano - Hospital do Litoral Alentejano, EPE

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: O paradigma do tratamento da Insuficiência Cardíaca (IC) encontra-se em constante atualização, com as novas guidelines refletindo não só a importância das intervenções multidisciplinares na redução das hospitalizações e mortalidade, mas também a mais-valia dos programas de gestão de caso/case management e das intervenções no domicílio.

Objetivo: Avaliação da recorrência ao serviço de urgência (SU) por sintomas de IC descompensada nos 365 dias antes e depois dos doentes que iniciaram vigilância em consulta hospitalar de IC numa unidade local de saúde.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo observacional dos doentes com primeira consulta de IC e de seguimento realizadas entre Junho de 2019 e Abril de 2022. Foram identificados os doentes que iniciaram seguimento neste período e qual o seu comportamento de recorrência ao SU por sintomas de descompensação de IC um ano antes de iniciarem seguimento e um ano depois. Foi consultada a base de dados de codificação clínica e feita correlação com os dados disponíveis nos processos hospitalares relativamente à admissão no SU para cada doente. A análise estatística dos dados foi efetuada com base na mediana, média, análise gráfica e utilização de ferramentas de correlação estatística.
Resultados: No período em estudo foram realizadas 1105 consultas de IC a 367 doentes, das quais 315 foram primeiras consultas e 790 foram consultas de seguimento. Dos 367 doentes seguidos em Consulta, 44% eram do sexo masculino (162) e 56% do sexo feminino (205). Em termos de faixa etária, a maioria dos doentes encontrava-se na faixa etária entre os 79 e os 88 anos de idade (39%). Relativamente ao número de consultas realizadas por ano, no ano de 2019 foram realizadas 227 consultas, em 2020 realizadas 323 consultas e em 2021 realizadas 422 consultas, tendo existido um aumento do número de consultas em 2 anos de cerca de 85%. O aumento de novos doentes em consulta em 2 anos foi também substancial, com um acréscimo de 115% (59 doentes em 2019 para 127 em 2021). Quando foi avaliado o impacto do seguimento em consulta de IC nos episódios de urgência, a população em estudo foi reduzida de 367 doentes para somente de 170, sendo excluídos os doentes que não tinham seguimento há pelo menos 1 ano. Estes 170 doentes tiveram no ano anterior ao início do seguimento 809 admissões no SU por IC descompensada, enquanto durante o ano após início do seguimento tiveram apenas 481 admissões no SU, refletindo um decréscimo de 41% nos episódios de urgência. Na diminuição da recorrência à urgência importa refletir sobre a importância da coordenação entre a equipa multidisciplinar da consulta hospitalar de IC (constituída por médico e enfermeiro) e a equipa multidisciplinar do programa Gestão de Caso - GC (constituída por enfermeiro gestor de caso, médico e assistente social), que se encontra a funcionar na nossa unidade.

Em GC estão inseridos os doentes com IC com mais do que 4 admissões na urgência por ano e inclui visitas domiciliares para melhor ajudar os doentes na gestão da doença, podendo incluir telemonitorização.

Conclusões: A gestão do doente com IC em equipa multidisciplinar e a integração dos recursos disponíveis na comunidade foi fulcral na melhoria dos resultados e diminuição da recorrência ao SU dos doentes em seguimento na Consulta hospitalar de IC. O paradigma dos cuidados de saúde deve ter sempre o doente e o seu ambiente como principal foco, com crescente importância dos programas com base comunitária e de proximidade, pois essa é a chave para a melhoria e sustentabilidade do SNS.

CO n.º 2820

O papel da Hospitalização Domiciliária na descentralização de cuidados hospitalares

Sofia Fontes Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

A Hospitalização Domiciliária (HD) é um projeto nacional, singular pela sua rápida e generalizada implementação, transparência e partilha de experiências, assumindo-se como um "hospital virtual" com capacidade para cerca de 300 camas, distribuídas de norte a sul de Portugal. A missão de todos nós é, sempre que possível, descentralizar os cuidados de saúde de nível hospitalar para a casa dos doentes, conferindo-lhe um maior nível de humanização. A rede de partilha entre as várias unidades tem permitido, inclusivamente, devolver mais precocemente os doentes aos hospitais das áreas de residência, que por diversos motivos estão internados em unidades de referência de hospitais centrais.

Durante o ano de 2021 transferimos para unidades de HD de outros hospitais 26 doentes, com uma idade média de 51 anos (min- 28; máx-88anos), sendo predominantemente mulheres (58%). Os doentes tiveram origem em enfermarias médicas (61%), Cirúrgicas (35%) e da consulta externa (4%), libertando uma média prevista à data da transferência de 187 dias de camas cirúrgicas e 208 dias de camas médicas (total de 395 dias de internamento).

A transferência ocorreu maioritariamente para unidades localizadas na nossa proximidade, no entanto, alguns doentes foram transferidos para mais de 200km. Embora não se consiga calcular o impacto financeiro real deste esforço da equipa da UHD, reportando-nos aos dados de contabilidade analítica de 2020, podemos inferir uma poupança média de cerca de 251.037,10 euros.

Apesar deste trabalho muito significativo das equipas das UHD não ser quantificado e revertido na avaliação quantitativa das unidades tem inquestionavelmente um grande valor de humanização e economização de meios hospitalares, aproximando os doentes das famílias, por vezes tão distantes que as impossibilita de visitas frequentes.

CO n.º 2829

O peso das re-hospitalizações e morte após internamento por insuficiência cardíaca: IC FEp vs IC FEr

Rafael Lopes Freitas(1);André Calheiros(1);Sabina Belchior(1);Liliana Costa(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE/ Hospital Conde de Bertiandos

Tema: Doenças cardiovasculares

O peso das re-hospitalizações e morte após internamento por insuficiência cardíaca: fração de ejeção preservada versus reduzida

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (FEP) e fração de ejeção reduzida (FER) ou ligeiramente reduzida (LR) partilham prognóstico adverso em termos de mortalidade, mas as diferenças em termos do impacto das re-hospitalizações ao longo do tempo não foi estudada no panorama português.

Métodos: Foram analisados 828 internamentos consecutivos de doentes com diagnóstico de IC, cardiopatia hipertensiva, valvular, ou isquémica num hospital de nível 1 no ano de 2020. Através da revisão de cada processo clínico, foram confirmados 514 doentes com diagnóstico de IC e 286 doentes consecutivos com ecocardiograma realizado nos últimos 2 anos com avaliação quantitativa da FE. Destes, 215 doentes apresentavam IC FEP (75,2%), 40 com FER (13,9%) e 31 MR (10,8%). Foi usado o teste de qui quadrado com a correção de continuidade de Yates no SPSS para avaliar o risco de morte e de hospitalizações respetivamente.

Resultados: O seguimento a um ano não revelou diferenças estatisticamente significativas na mortalidade a um ano da IC FER Vs IC FEP (38,6% vs 52,5% p:0,69). Os reinternamentos a um ano foram mais frequentes na IC FEP do que na IC FER, mas esta diferença também não apresentou significado estatístico (40% vs 32,5% p: 0,16), tal como na associação reintermento ou morte a uma ano (62,8% vs 0,60%, p:0,25)

Relativamente à duração do internamento, a mediana de dias para o grupo de IC FEP foi de 9 ± 10,8 dias, com uma intervalo entre 1 e 79 dias no grupo de ICFEP e de 8 ± 12,51 dias, com um intervalo entre 1 e 68 dias no grupo de ICFER.

Discussão: Os doentes internados com IC apresentam um risco elevado de morte ou reinternamento neste estudo. Apesar do número de doentes estudado não permitir estabelecer uma maior gravidade do prognóstico de nenhum dos tipos de IC estudado, este estudo piloto desafia os dados conhecidos até agora relativamente à maior gravidade da IC FER relativamente à IC FEP. Sendo o tipo mais prevalente de IC nesta população estudada, o impacto global absoluto do número de doentes com IC FEP que são reinternados ou morrem no espaço de um ano é muito significativo. É necessária a realização de um estudo de grande escala que avalie a nível nacional o prognóstico atualizado de ambos os tipos de IC no contexto atual de maior acuidade diagnóstica da IC FEP, nomeadamente com uso de scores diagnósticos e de melhoria do tratamento da IC FER dos últimos anos.

CO n.º 2835

O peso dos internamentos por IC FEP na realidade de um hospital de nível um

Liliana Raquel Alves Costa(1);Sabina Belchior Azevedo(1);Rafael Freitas(1);Andre Calheiros(1)
(1) Hospital de Ponte de Lima

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: As hospitalizações por insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção preservada (FEP) estão a aumentar. Apesar do maior reconhecimento nos últimos anos, esta tem suscitado enormes desafios de uniformização diagnóstica e terapêutica. A identificação recente de alvos terapêuticos modificadores de prognóstico de uma doença que até recentemente não tinha tratamento específico torna premente a avaliação do seu impacto no panorama português.
Métodos: Foram analisados 828 internamentos consecutivos com diagnósticos de IC, cardiopatia hipertensiva, valvular, ou isquémica num hospital de nível 1 da região norte. Foi feita a revisão do processo clínico e incluídos os doentes que apresentavam critérios diagnósticos de IC e ecocardiograma realizado nos últimos 2 anos com avaliação da FE. Nos doentes com IC FEP calculou-se o score H2FPEF e foram avaliadas as características clínicas basais, duração do internamento e orientação.
Resultados: Dos 828 internamentos revistos confirmaram-se 514 doentes com diagnóstico de IC com um total de 651 internamentos (correspondentes a 38% do total de internamentos hospitalares de adultos) e destes 351 por IC descompensada (20.5% do total de internamentos). Dos 286 doentes com IC confirmada com ecocardiograma recente, 215 doentes apresentavam IC FEP (75,2%). Na IC FEP, a mediana de dias de internamento foi de 9 (± 10,8). Um total de 143 eram mulheres (66,5%) e a mediana de idades foi de 82 anos (42-96). Os obesos representavam 33,9% dos doentes, os hipertensos 87,9%, e os diabéticos 43,3%. Era conhecida fibrilhação auricular em 64,6% dos doentes, hipertensão pulmonar em 54%, cardiopatia isquémica em 16,3%, doença renal crónica em 35,8%, DPOC em 26,5% e anemia em 43,7%.
Discussão: Este estudo documenta uma prevalência de internamentos por IC FEP superior a 75% do total de internamentos por IC, desafiando estudos prévios que descrevem prevalências inferiores a 50% e atesta o seu enorme impacto nos internamentos hospitalares. A amostra consecutiva de doentes internados num hospital de nível 1, reduz um potencial viés da seleção de tipos concretos de doentes, nomeadamente de maior gravidade, verificado em hospitais de nível 2 e 3 e traduz uma amostra representativa da população desta área geográfica.

CO n.º 2859

Predicting one-year mortality after hemodialysis start: the role of the CHA2DS2-VASc Score

Dra. Mafalda Abrantes(1);Bernardo Marques da Silva(1);Carolina Branco(1);Cláudia Costa(1);Nadiesda Peres(1);Ana Cardoso(1);Mariana Sant'ana(1);José Fonseca(1);Cristina Outerelo(1);Cristina Resina(1);José António Lopes(1);Joana Gameiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças renais

Background: Chronic kidney disease (CKD) is a significant cause for morbidity, cardiovascular and all-cause mortality.CHA2DS2VASc is a score system used in patients with atrial fibrillation to predict thromboembolic risk. However, it also appears to be useful to predict mortality risk.
Aim: The aim of the study was to evaluate CHA2D2SVASc score as a tool to predict one-year mortality after hemodialysis start and identify factors associated with higher mortality.
Methods: Retrospective analysis of patients who started hemodialysis between January of 2014 and December of 2019 in Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. We evaluated mortality within one year of hemodialysis start. The CHA2D2SVASc score was calculated at hemodialysis start.
Results: Of 856 patients analyzed, mean age was 68.3±15.5 years, the majority were male (61.1%) and Caucasian (84.5%). Mortality within one-year after hemodialysis start was 17.8% (n=152). The CHA2D2SVASc score was significantly higher (4.4±1.7 vs 3.5±1.8, p<0.001) in patients who died and accurately predicted the one-year risk of mortality (AUC 0.646, 95% CI 0.6-0.7, p<0.001), with a sensitivity 71.7% and specificity of 49.1%, a positive predictive value of 23.9% and a negative predictive value of 89.2%. In the multivariate analysis CHA2D2SVASc ≥3.5 [adjusted OR 2.24 95% CI (1.48-3.37), p<0.001] and central venous catheter at dialysis start [adjusted HR 3.06 95% CI (1.93-4.85)] were significant predictors of one-year mortality.
Conclusion: CHA2D2SVASc score ≥3.5 and central venous catheter at hemodialysis start were predictors of one-year mortality, allowing for risk stratification in haemodialysis patients.

POSTERS

POSTERS

casos clínicos

INDICE DE POSTERS | CASOS CLÍNICOS

P n.º 0004 Hepatotoxicidade induzida por esteroides anabolizantes- relato de caso

P n.º 0006 Repercursão dos Fatores Genéticos no Sistema Nervoso Central

P n.º 0008 QUANDO IDADE DO B.I. ENGANA - ESTENOSE CAROTÍDEA SINTOMÁTICA BILATERAL AOS 50 –

P n.º 0016 Osteomielite – a propósito de um caso clínico

P n.º 0030 Papel da PL na deterioração cognitiva rapidamente progressiva: a propósito de um caso clínico.

P n.º 0032 Pielonefrite e cistite enfisematosa

P n.º 0035 Nem sempre a perda ponderal é um sintoma constitucional - um caso de sarcoidose sistémica

P n.º 0037 Síndrome de Dressler - uma complicação rara da implantação de Pacemaker

P n.º 0043 Enteropatia associada ao olmesartan: uma complicação rara do tratamento de uma doença comum

P n.º 0045 É só uma pericardite?

P n.º 0050 Síndrome de Brugada: padrão escondido.

P n.º 0051 Miocardite em tempos de COVID: pela doença ou pela cura.

P n.º 0053 Quando o trabalho nos deixa de coração partido

P n.º 0056 Imunodeficiência Comum Variável: estudo etiológico de bronquiectasias

P n.º 0064 COVID Pró-trombótico: enfartes renal e esplénico síncronos

P n.º 0067 Vasculite ANCA PR3 com envolvimento pulmonar: um diagnóstico desafiante

P n.º 0069 Dor torácica num diagnóstico diferencial atípico e raro

P n.º 0074 Conteúdo gástrico bilioso exclui hemorragia digestiva alta?

P n.º 0077 Terapêutica oral na Endocardite Infeciosa – relato de um caso

P n.º 0078 Toxicidade das Estatinas – como prevenir?

P n.º 0081 Uma inesperada causa de diarreia

P n.º 0082 Derrame pleural como forma de apresentação de doença linfoproliferativa B

P n.º 0083 Síndroma nefrótico secundário a glomeruloesclerose segmentar variante "tip lesion"

P n.º 0091 AVC recorrente secundário a mielofibrose primária com mutação JAK2 V617F

P n.º 0093 Telangiectasias, Epistáxis e Anemia grave: Um alerta para o Síndrome de Osler-Weber-Rendu

P n.º 0094 INFEÇÃO INVASIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS – UM DESAFIO TERAPÊUTICO

P n.º 0096 Síncopes de repetição – um Insulinoma em ação

P n.º 0097 Sífilis secundária – quem procura, acha

P n.º 0099 Helicobacter pylori - o seu papel na púrpura trombocitopénica imune

P n.º 0100 Síndrome anti-sintetase – como tratar a raridade?

P n.º 0102 Arterite de Takayasu - um desafio

P n.º 0103 Síndrome de Löfgren no diagnóstico de sarcoidose pulmonar

P n.º 0104 FIBROSE PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO

P n.º 0107 Causas raras de lombalgia em jovens

P n.º 0108 Pitiríase Rotunda secundária a causas sistémicas:

P n.º 0110 Ingestão hiperproteica voluntária em doente com citrulinemia tipo 1

P n.º 0115 Clínica incomum com um final inesperado - a história de uma convulsão

P n.º 0117 Colite: O diagnóstico diferencial no doente com VIH

P n.º 0119 Neuroretinite: um caso de Doença da Arranhadela do Gato

P n.º 0124 INGESTÃO VOLUNTÁRIA DE LIXÍVIA DOMÉSTICA

P n.º 0125 FEBRE EM VIAJANTE, UM CASO PECULIAR

P n.º 0127 Leucoencefalopatia multifocal progressiva - a propósito de um caso clínico

P n.º 0129 Bartonelose: um diagnóstico diferencial de linfadenopatia unilateral

P n.º 0130 Anemia e Insuficiência Cardíaca: Causa Improvável

P n.º 0134 Microangiopatia trombótica associada ao complemento – quando a hipertensão significa algo mais

P n.º 0136 Síndrome de DRESS: Um grande imitador

P n.º 0142 Enfarte Agudo do Miocárdio: Uma Etiologia Incomum

P n.º 0148 Diagnóstico Incidental de Amiloidose Cardíaca após Acidente Vascular Cerebral

P n.º 0152 Aplasia medular em contexto de infeção SARS-CoV-2

P n.º 0156 Síndrome torácico agudo na drepanocitose e a sua recorrência

P n.º 0157 O que pode estar por trás da lombalgia?

P n.º 0158 Hepatite granulomatosa: Uma manifestação de Sarcoidose

P n.º 0163 Granulomatose com poliangeíte ANCA-negativa

P n.º 0165 DÉFICE DE FATOR XI ADQUIRIDO SECUNDÁRIO A COVID-19

P n.º 0166 Causa rara de ascite

P n.º 0171 PANCREATITE AGUDA HIPERTRIGLICERIDÉMICA = PLASMAFERESE?

P n.º 0172 O ENIGMA DA RECORRÊNCIA...

P n.º 0177 Doença associada a IgG4 e presença de crioaglutininas: uma associação desconhecida

P n.º 0181 QUANDO A FEBRE NÃO É EVIDENTE – UM CASO DE AORTITE INFECIOSA ASSOCIADA A PRÓTESE ENDOVASCULAR

P n.º 0184 Tempestade Tiroideia: um diagnóstico diferencial de hipertermia, taquicardia e disfunção neurológica

P n.º 0186 Endocardite Infeciosa: Diagnóstico em Marcha Atrás

P n.º 0187 Síndrome paraneoplásico como primeira manifestação de tumor oculto

P n.º 0192 Dor abdominal com múltiplas lesões nodulares intra-abdominais.

P n.º 0199 Dor abdominal como apresentação atípica de espondilodiscite

P n.º 0205 Um caso de polifagia febril

P n.º 0207 Do urotélio à pele - um caso de metastização cutânea de carcinoma urotelial

P n.º 0210 SIADH e Síndrome de Cerebral Salt Wasting sequenciais após traumatismo crânio-encefálico

P n.º 0215 Granulomatose com poliangeíte: a pseudo-tuberculose

P n.º 0224 Hiponatrémia hipotónica: um desafio diagnóstico e terapêutico

P n.º 0229 Sarcoidose incidental

P n.º 0238 Trombocitopenia de etiologia desconhecida

P n.º 0240 Plasmaferese como terapêutica na Pancreatite aguda secundária a hipertrigliceridémia

P n.º 0244 Sequestro pulmonar com fístula coronário-pulmonar diagnosticado na terceira idade

P n.º 0252 NOCARDIOSE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

P n.º 0254 TERATOMA COM TRANSFORMAÇÃO MALIGNA - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

P n.º 0255 O QUE OS OLHOS NÃO VEEM

P n.º 0260 SÍNDROME NEFRÓTICO - APRESENTAÇÃO TÍPICA, ETIOLOGIA ATÍPICA

P n.º 0262 Hiperparatiroidismo Primário – relato de um caso clínico

P n.º 0264 HIPONATRÉMIA AGUDA: UM CASO CONTROVERSO A DESPISTAR

P n.º 0272 Um caso raro de Fasceíte Necrotizante por Escherichia coli

P n.º 0275 Hipertensão arterial maligna, doença obsoleta?

P n.º 0282 Fármaco comum, complicação rara

P n.º 0289 RECIDIVA TUMORAL TARDIA DE UM CANCRO DA MAMA

P n.º 0297 Artrite Séptica da Articulação Manubrioesternal

P n.º 0302 Celulite com choque séptico por Clostridioides perfringens – uma entidade rara

P n.º 0304 Apresentação atípica de pneumonite de aspiração

P n.º 0305 Um caso de síncope

P n.º 0306 Uma causa de delirium

P n.º 0315 Dermatomiosite paraneoplásica – a propósito de um caso clínico

P n.º 0317 Meningite por Listeria monocytogenes em adulto imunocompetente

P n.º 0320 Salvo pelo Anatomo-Patologista

P n.º 0322 Via Verde Hematológica

P n.º 0325 Apresentação tardia de forâmen oval patente sob forma de insuficiência respiratória

P n.º 0327 INFEÇÃO HSV1 COMO TRIGGER PARA PÊNFIGO VULGAR – DESCRIÇÃO DE CASO

P n.º 0330 Meningite a K. pneumoniae em doente não imunossuprimida

P n.º 0349 Síndrome de Ramsay-Hunt: uma forma menos frequente de paralisia facial

P n.º 0350 Queixas mnésicas no idoso – uma etiologia rara

P n.º 0351 A necessidade da multidisciplinaridade no processo de decisão no doente oncológico muito idoso

P n.º 0358 Poliserosite: da sintomatologia ao diagnóstico

P n.º 0368 Febre sem foco secundário a iatrogenia medicamentosa

P n.º 0370 HIGH DOSE METHROTEXATE THERAPY: A SINGULAR ADVERSE EVENT

P n.º 0373 Cateter peritoneal em Cuidados Paliativos – relato de caso

P n.º 0374 DRESS, UMA SÍNDROME COMPLEXA A CONHECER E RECONHECER

P n.º 0376 HEPATITE TÓXICA, UMA REALIDADE PALPÁVEL NA PRÁTICA CLÍNICA

P n.º 0390 Toxoplasmose Cerebral e infeção por VIH: a propósito de um caso clínico

P n.º 0391 Quando há mais para além do delirium

P n.º 0397 A propósito da Espondilodiscite – Nem tudo é o que parece

P n.º 0399 Manifestações pulmonares da tuberculose

P n.º 0402 Pancitopenia e mucosite oral induzidas por Metotrexato: um caso clínico

P n.º 0404 Zoster sine herpete: a dor que não se vê

P n.º 0406 Quando a avaliação clínica fica em stand-by

P n.º 0410 Serão lesões osteolíticas?

P n.º 0412 Pneumonia a herpes simplex: um raro caso a não esquecer

P n.º 0414 Um derrame pericárdico extenso

P n.º 0421 Pericardite purulenta: uma causa incomum de dispneia

P n.º 0428 Endocardite infeciosa subaguda de válvula protésica por Pseudomonas aeruginosa

P n.º 0430 Síndroma de Guillain-Barré em contexto de primoinfecção HIV: relato de um caso

P n.º 0431 Infeção por vírus herpes, uma infeção comum não menos importante

P n.º 0440 púrpura trombocitopénica após primeira dose da vacina COVID-19: contributo ou consequência?

P n.º 0449 Quem procura sempre encontra: a propósito de uma infeção por Cystoisospora belli

P n.º 0452 Favismo tardio - Um caso internacional

P n.º 0454 Anemia megaloblástica por anemia perniciosa, sem défice de vitamina B12?

P n.º 0457 Agranulocitose secundária a propiltiouracilo

P n.º 0462 Infecção pelo vírus JC na infecção VIH com linfócitos TCD4 normais: uma associação rara.

P n.º 0463 Parésia do nervo hipoglosso como apresentação de disseção carotídea

P n.º 0464 Poliartrite inflamatória: a importância da suspeição clínica nos síndromes paraneoplásicos

P n.º 0465 Quando a zona não vem só

P n.º 0466 Mutismo enquanto apresentação de meningite bacteriana aguda no Serviço de Urgência

P n.º 0469 Um caso de síndrome maligna dos neurolépticos

P n.º 0470 A apresentação fruste de uma neoplasia pulmonar catastrófica

P n.º 0472 Icterícia e hiperlipidemia: duas manifestações de uma só doença

P n.º 0478 Síndrome Hemofagocítica – importância da suspeita clínica!

P n.º 0479 A importância do diagnóstico diferencial

P n.º 0483 Favismo – a propósito de um caso clínico

P n.º 0485 Paraganglioma – uma causa rara de hipertensão arterial

P n.º 0487 Um piopericárdio com mediastinite na sua evolução

P n.º 0492 SIADH e Carcinoma das pequenas células: um caso clínico

P n.º 0497 Miocardite associada ao SARS-CoV-2: um caso clínico

P n.º 0500 Abcesso cerebral secundário a cárie dentária

P n.º 0504 Um desafio chamado ... Síndrome de Ogilvie

P n.º 0505 Prurido aquagénico - um caso de Policitemia Vera

P n.º 0509 Hemorragia Alveolar Difusa - diagnóstico diferencial

P n.º 0510 Infeção Parvovírus B19 complicada por bacteriémia por S. pneumoniae

P n.º 0519 A importância da vigilância adequada da preparação intestinal para colonoscopia

P n.º 0520 Infeção a Rickettsia conorii Como Causa de Choque

P n.º 0525 Encefalite Límbica

P n.º 0528 O défice vitamínico em falta - um caso de anemia perniciosa

P n.º 0529 AVC isquémico – o ponto de partida para a doença hematológica

P n.º 0530 Quando o risco multiplica por 3 - um caso de endocardite multivalvular

P n.º 0531 Octreótido na Ascite Quilosa

P n.º 0534 Um caso de Mastocitose Sistémica após reação anafilática a picada de Vespa

P n.º 0535 Síndrome de Wilkie – uma causa rara de obstrução intestinal

P n.º 0545 Hepatite – a importância de valorizar o contexto epidemiológico

P n.º 0549 Hemicoreia aguda como apresentação tardia do AVC: um caso clínico

P n.º 0556 O paradoxo da hipocoagulação e as suas complicações

P n.º 0557 Paresia de Todd prolongada- um diagnóstico raro

P n.º 0561 Quando a Sépsis não é o que parece: um caso de Crise Addisoniana

P n.º 0563 Tumefação cervical anterior

P n.º 0567 Nefrite Intersticial Aguda por Rifampicina

P n.º 0569 Pneumonite de Hipersensibilidade em cuidador de pombos

P n.º 0575 Rabdomiólise secundária a Cetoacidose Diabética – uma complicação rara

P n.º 0576 Quando a terapêutica se torna uma ameaça

P n.º 0582 Quando a amiloidose antecede o mieloma

P n.º 0586 Glomerulosclerose segmentar e focal primária

P n.º 0588 Febre e dor lombar, podemos pensar em Espondilodiscite..

P n.º 0593 ASPERGILOSE PULMONAR EM DOENTE COM SINDROME ANTI-SINTETASE E SARCOIDOSE PULMONAR

P n.º 0595 Nem todo o frio é inverno

P n.º 0599 Trombose recorrente na síndrome antifosfolipídica

P n.º 0604 Mal de Pott: um caso clínico

P n.º 0608 Lost in translation - um caso clínico de encefalopatia de Wernicke-Korsakoff

P n.º 0612 Colite por deposição de cristais – uma iatrogenia rara

P n.º 0617 Pancitopénia secundária a neoplasia linfóide rara - Tricoleucemia

P n.º 0618 Endocardite infecciosa com múltiplas embolizações sistémicas

P n.º 0619 A pancitopenia num doente jovem – uma causa rara

P n.º 0621 Síndrome de Sézary: um caso de falência hepática aguda

P n.º 0624 Choque sético por Raoultella ornithinolytica com infeção hepatobiliar

P n.º 0629 Massa retroperitoneal como primeira manifestação de linfoma folicular

P n.º 0639 Neutropenia febril após terapêutica com metamizol: uma causa rara e um diagnóstico desafiante

P n.º 0640 Síndrome de Miller Fisher após infeção por SARS-CoV 2 - causalidade ou casualidade?

P n.º 0641 Embolização séptica pulmonar em doente com leucemia linfocítica crónica e bacteriémia a MRSA

P n.º 0644 Trombocitopenia severa na grávida, a propósito de um caso

P n.º 0655 Uma mordedura de gato quase fatal

P n.º 0656 Sinovite Simétrica Seronegativa Remitente com Edema (RS3PE): uma apresentação atípica

P n.º 0657 O eritema nodoso e os gatos

P n.º 0661 Pericardite purulenta: Complicação rara em doente imunossuprimida

P n.º 0664 Déficit Proteína S - uma causa de AVC em jovens

P n.º 0666 Um caso de Tuberculose Ganglionar

P n.º 0671 Tosse crónica - um sinal de alarme

P n.º 0672 Síndroma nefrótico secundário a doença lesão mínima ideopática

P n.º 0678 Síndrome do abcesso hepático associado a K. pneumoniae

P n.º 0679 Pneumonia organizativa pós-COVID-19

P n.º 0684 Eritema multiforme major - um caso clínico

P n.º 0691 Uma epistáxis inesperada

P n.º 0701 Tetralogia de Fallot: um diagnóstico inesperado

P n.º 0703 Um caso de piomiosite a S. aureus

P n.º 0713 Quando a identificação não chega

P n.º 0714 POLISSEROSITE NO IDOSO

P n.º 0715 Pneumonia organizativa pós-COVID - relato de caso

P n.º 0718 SCA no doente alérgico à aspirina - um caso de dessensibilização bem sucedido

P n.º 0720 Dor, edema e impotência funcional apendicular - quando a lesão não é evidente

P n.º 0721 Diabetes Mellitus tipo 2 com alergia à insulina

P n.º 0727 Insulinoterapia e o agravamento precoce de retinopatia diabética – uma relação a não esquecer

P n.º 0728 Trombocitopenia imune induzida por ceftriaxone

P n.º 0732 Whipple – dos sintomas ao diagnóstico

P n.º 0733 Um diagnóstico esquivo

P n.º 0738 Síndrome de Ramsay Hunt – um caso clínico inesperado

P n.º 0741 Doença de Cushing – tudo o que se pode esperar num só doente!

P n.º 0742 Um caso clínico de favismo aos 67 anos

P n.º 0743 Um caso de isquémia renal aguda

P n.º 0744 Colangite aguda litiásica com bacteriémia a Aeromonas caviae

P n.º 0746 Efeitos secundários da amioradona - quando a emenda é quase pior que o soneto

P n.º 0751 Um caso de Linfoma com apresentação atípica

P n.º 0756 Uma evolução galopante

P n.º 0757 Anemia Perniciosa "com um twist"

P n.º 0763 Lesão tumoral estenosante do reto

P n.º 0771 Metastização cutânea de carcinoma de células renais

P n.º 0779 Uma causa inesperada de derrame pleural bilateral

P n.º 0780 Síndrome de lise tumoral espontânea em neoplasia não diagnosticada

P n.º 0788 Carfilzomib como causa de elevação do segmento ST

P n.º 0797 UMA CAUSA INFREQUENTE DE NEOPLASIA DO PULMÃO

P n.º 0802 Adenoma da paratiroide: Um incidentaloma ecográfico

P n.º 0806 Fração de Ejeção de 7% e o novo algoritmo de tratamento da Insuficiência cardíaca: um caso clinico

P n.º 0807 Um caso de anemia perniciosa com anemia hemolítica autoimune concomitante

P n.º 0812 Hérnia do Hiato - Uma Causa de Alterações Dinâmicas do ECG

P n.º 0817 Quando não é só uma dor lombar: um caso de Mieloma Múltiplo

P n.º 0818 Metastização cerebral como apresentação inicial de um adenocarcinoma gástrico

P n.º 0827 Febre sem foco e o dilema da antibioterapia empírica

P n.º 0828 Um caso de hipercalcemia – Um doente, três causas para o mesmo problema

P n.º 0830 Da hiponatrémia ao carcinoma do pulmão: a propósito de um caso clínico

P n.º 0834 Singultos – sintoma principal num caso de AVC isquémico supratentorial

P n.º 0839 Nem tudo o que reluz é ouro

P n.º 0848 ARC-HBR score predicts the risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation

P n.º 0855 Predicting non-invasive ventilation failure in acute heart failure patients

P n.º 0857 Caso incomum de lesões esplénicas múltiplas

P n.º 0863 PrOgnosis in Pulmonary Embolism (PoPE): 30-day mortality risk score

P n.º 0869 Fusobacterium nucleatum: bacteriemia em doente neutropénico evoluindo para síndrome de Ritcher

P n.º 0874 Empiema pleural como complicação de abcesso dentário

P n.º 0875 Síndrome da JUP: uma cólica renal alitiásica

P n.º 0880 Quando a sarcoidose ataca a pleura!

P n.º 0882 Quando a embolia é paradoxal!

P n.º 0883 A Relevância da Atualização de Registos Clínicos.

P n.º 0885 Ligação entre infeção por Coxiella burnetii e linfoma de Hodgkin clássico – coincidência ?

P n.º 0887 Hipoalbuminemia Severa após Bypass Gástrico em Y de Roux: Um Diagnóstico de Exclusão

P n.º 0889 Dor precordial e disestesia, nem tudo é ansiedade!

P n.º 0894 Maníaco poliúrico

P n.º 0895 Síndrome de Cushing como manifestação de tumor de pequenas células da bexiga

P n.º 0900 Salmonelose não tifoide invasiva

P n.º 0905 Hepatite Autoimune Seronegativa com evolução para Cirrose

P n.º 0906 Derrame pleural secundário: o exercício de distinguir causa de consequência

P n.º 0911 Lesão renal aguda por ateroembolismo

P n.º 0914 "Doutor, passei no vermelho!" – Variabilidade da apresentação clínica do Glioblastoma

P n.º 0916 Se não é da doença é da cura…

P n.º 0921 Uma causa incomum de hipóxia aos 90 anos

P n.º 0922 Abcesso Periamigdalino

P n.º 0924 Aspergilose Broncopulmonar Alérgica

P n.º 0925 Hipercalcémia grave em doente com esplenomegália multinodular

P n.º 0926 Amiloidose Primária

P n.º 0927 Fibrose retroperitoneal - uma causa rara de lesão renal aguda

P n.º 0928 Coma Mixedematoso

P n.º 0929 Uma manifestação rara de enfarte agudo do miocárdio

P n.º 0931 Uma queda com sorte

P n.º 0932 A propósito de um agente raro de endocardite infecciosa

P n.º 0937 Red flags na toxidermia por lamotrigina a não esquecer

P n.º 0943 Doença de von Willebrand: a importância dos antecedentes familiares

P n.º 0946 Uma causa rara de disfagia

P n.º 0947 Recidiva de púrpura trombocitopénica imune em relação com metamizol

P n.º 0952 Bacteriemia por Listeria monocytogenes - a propósito de um caso clínico

P n.º 0961 Diarreia induzida por olmesartan: causa incomum de diarreia crónica

P n.º 0964 Crise aplásica transitória por infeção por Parvovirus B19 em doente com anemia perniciosa e hemólise

P n.º 0970 Trombocitopénia imune em doente COVID-19

P n.º 0971 Quando o feto revela a patologia da mãe

P n.º 0972 Serotonin Syndrome: The good physician hunts the disease…the great physician diagnoses and treats it

P n.º 0973 Um caso de mutismo

P n.º 0979 Toxidermia a antibacilares - Os desafios de um doente VIH+ com tuberculose

P n.º 0982 Diabetes insípida nefrogénica: uma síndrome rara associada a uma rara iatrogenia

P n.º 0986 Anemia associada a doença auto-imune

P n.º 0989 Diagnóstico vendados – por trás de uma dor osteoarticular

P n.º 0990 Quando o diagnóstico é feito após a oportunidade de tratamento

P n.º 0993 Adenopatia Axilar – a propósito de caso clínico

P n.º 0994 Endocardite e meningoencefalite: um caso de Listeriose invasiva

P n.º 0996 AVC cardioembólico em contexto de endocardite infecciosa

P n.º 0998 Doença de Fabry – causa rara de alterações cardíacas e neurológicas

P n.º 1002 Hemorragia alveolar como primeira manifestação de SAFL

P n.º 1005 Quando a resposta está na pele – a propósito de um caso clínico

P n.º 1006 Um diagnóstico inesperado na enfermaria COVID

P n.º 1007 ANEMIA FERROPÉNICA DE LONGA DATA – UMA CAUSA INCOMUM

P n.º 1008 Um precipitante inesperado para a descompensação da diabetes mellitus

P n.º 1014 Dorsalgia e elevação de d-dimeros como primeira manifestação de neoplasia da próstata

P n.º 1015 Um estranho caso de febre

P n.º 1020 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia após doença COVID-19 ligeira

P n.º 1024 AVC isquémico como manifestação de Síndrome Antifosfolipídico

P n.º 1027 Lesões ósseas e PSA elevado nem sempre são neoplasia da próstata

P n.º 1031 Inespecificidade na Patologia Específica

P n.º 1034 Linfocitose Não Leucémica – A Propósito de Um Caso Clínico

P n.º 1035 ANEMIA FERROPÉNICA COMO ÚNICA APRESENTAÇÃO DE DOENÇA CELÍACA

P n.º 1041 Quando A Dor Lombar É Mais Do Que Parece

P n.º 1046 Um caso raro de febre, mialgias e icterícia

P n.º 1047 Sindroma de Conn – por vezes o que parece é.

P n.º 1048 O Que Esconde Uma Anemia Hemolítica

P n.º 1049 Hemólise Pós-Vacina SARS-CoV-2

P n.º 1050 Primum non nocere

P n.º 1052 ELA aos 91 anos?

P n.º 1054 O que é que o Covid ainda esconde?

P n.º 1055 Endocardite leva ao diagnóstico de valvulopatia congénita

P n.º 1056 Vertigem – um diagnóstico diferencial a não esquecer!

P n.º 1058 Síndrome de Guillain-Barré - A necessidade de um diagnóstico precoce

P n.º 1059 Derrame percicardico como sequela de COVID 19

P n.º 1060 Um caso peculiar de acidente vascular cerebral

P n.º 1062 Infeção Sistémica por Bacillus Calmette-Guérin (BCG): complicação rara da imunoterapia com BCG.

P n.º 1063 Linfoma Anaplásico de Grandes Células (LAGC) com atingimento do Sistema Nervoso Central.

P n.º 1065 VITILIGO E ANEMIA PERNICIOSA

P n.º 1072 Hemorragia Alveolar Secundária a Hipocoagulação com Enoxaparina

P n.º 1073 Um Caso de Hepatite Aguda Colestática: Um Efeito Secundário do Cotrimoxazol

P n.º 1076 Vasculite ANCAmpo+ e claudicação da marcha - relato de um caso clínico

P n.º 1077 Um caso de trombocitopenia induzida por fluconazol

P n.º 1081 Ascite de causa rara: Carcinoma peritoneal primário

P n.º 1089 Síndrome de Mauriac: a diabetes como causa e solução

P n.º 1090 Desafio diagnóstico: Anemia Hemolítica Auto-imune, qual a abordagem?

P n.º 1091 Disseção da Artéria Vertebral: a necessidade de uma elevada suspeição

P n.º 1096 Jovem adulta com Multisystem inflammatory Syndrome pós COVID-19

P n.º 1104 Carcinoma da mama: Quando a síndrome nefrótica é a primeira manifestação

P n.º 1105 Levodopa-carbidopa: Um caso incomum de intoxicação medicamentosa voluntária

P n.º 1107 Enfarte testicular segmentar - uma complicação rara

P n.º 1108 Uma causa incomum de pancreatite aguda num doente com COVID-19

P n.º 1109 Um caso de malária grave

P n.º 1112 Meningoencefalite bacteriana – uma causa invulgar

P n.º 1116 3 casos de febre de origem não infeciosa

P n.º 1118 Síndrome da Veia Cava Superior

P n.º 1130 COVID19 além dos pulmões: um caso de menigoencefalite viral

P n.º 1131 Artrite gonocócica: a importância do contexto epidemiológico

P n.º 1137 Incontinência urinária e hiponatrémia

P n.º 1146 Será que continuamos a desvalorizar a dor?

P n.º 1153 Pustulose exantemática aguda generalizada: quando a cura é o pior remédio!

P n.º 1166 Hepatite autoimune – uma doença rara ou subdiagnosticada?

P n.º 1168 Tuberculose: ganhou-se uma luta, mas ainda não se ganhou a guerra

P n.º 1169 Afinal quem é o oportunista?

P n.º 1170 Derrame Pleural Recidivante: Um Desafio Diagnóstico

P n.º 1171 Importância do jejum na acidose metabólica do doente diabético

P n.º 1172 AVC hemorrágico… Para além da causa mais comum

P n.º 1174 HTA secundária a doença de Cushing – um diagnóstico improvável

P n.º 1175 Nem todas as alterações neurológicas são via verde AVC

P n.º 1176 Derrame pleural por Mycobacterium Avium Complex: Uma Entidade rara

P n.º 1183 Apresentação rara de Linfoma Não-Hodgkin- um caso clínico

P n.º 1190 Glomerulonefrite associada a Staphylococcus aureus em doente com artrite séptica

P n.º 1194 Paralisia unilateral do VI par craniano – uma manifestação atípica de Linfoma

P n.º 1195 Hiperleucocitose como síndrome paraneoplásico

P n.º 1196 Diarreia crónica – um diagnóstico frequentemente esquecido

P n.º 1197 Dor cervical – que hipóteses no diagnóstico diferencial?

P n.º 1198 Doença de Paget do Osso- uma entidade a não esquecer

P n.º 1203 Angioedema causado por IECA – um efeito adverso raro mas cada vez mais frequente

P n.º 1204

P n.º 1205 AMEBÍASE INVASIVA – UM CASO RARO

P n.º 1208 FAVISMO – UMA CAUSA DE ANEMIA HEMOLÍTICA NO ADULTO

P n.º 1209 Nem tudo é AVC: um caso de encefalite vírica

P n.º 1212 HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE E DIABETES MELLITUS

P n.º 1213 Acyclovir Nephrotoxicity: a Reminder of How Important Prevention Is

P n.º 1216 Uma pancitopenia e uma etiologia esperada

P n.º 1234 O impacto do estímulo imunogénico vacinal a SARS-COV-2 no desenvolvimento de um linfoma

P n.º 1236 Eritrodermia Psoriática associada a infeção por SARS-CoV-2

P n.º 1238 Herpes Zoster e SARS-CoV2 – relação ou coincidência?

P n.º 1241 Coma mixedematoso, uma entidade por vezes esquecida

P n.º 1244 Tuberculose abdominal disseminada - a propósito de um caso clínico

P n.º 1245 Atingimento multiorgânico – um desafio diagnóstico e terapêutico

P n.º 1246 Apresentação rara de AVC agudo

P n.º 1248 Síndrome de 7 ½

P n.º 1249 Um azar nunca vem só

P n.º 1251 Um enfarte pouco habitual

P n.º 1255 O perigo da utilização dos inibidores da SGLT-2

P n.º 1257 Hipoglicemia por carcinoma neuroendócrino do cérvix produtor de insulina

P n.º 1262 Leucostase: uma complicação rara, mas potencialmente fatal da leucemia

P n.º 1265 Por detrás de um AVC

P n.º 1268 Complicações neurológicas raras de um estado de hiperglicemia – Coreia

P n.º 1270 PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE DE CAUSA IMPROVÁVEL

P n.º 1271 BRUCELOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

P n.º 1272 Tuberculose abdominal: um diagnóstico a considerar

P n.º 1274 Glomerulonefrite associada à infeção por Estafilococos aureus: a propósito de um caso clínico

P n.º 1276 Da Clínica ao Diagnóstico - Síndrome de Brugada

P n.º 1283 Cardiomiopatia de Takotsubo numa doente com tromboembolismo pulmonar

P n.º 1285 Hipoglicemia por artefacto em contexto de fenómeno de Raynaud

P n.º 1289 Esclerose múltipla fulminante: uma variante fatal e com uma apresentação atípica

P n.º 1290 Dermatomiosite amiopática: um diagnóstico raro e desafiante

P n.º 1291 Guillan-Barré: uma síndrome incapacitante e com complicações potencialmente fatais

P n.º 1292 Purpura trombocitopenica trombótica: uma emergência médica com complicações atípicas

P n.º 1294 COVID19 e vasculite asssociada ao ANCA-MPO de novo

P n.º 1298 Diabetes insipidus: "quando a hipernatremia não é só desidratação"

P n.º 1299 Osteomielite: "quando uma lombalgia não é apenas só uma simples dor de costas"

P n.º 1302 Dito de Hickam: a propósito de um caso de Lúpus Eritematoso Sistémico

P n.º 1304 Necrose da gordura epicárdica: uma causa rara de dor torácica

P n.º 1308 CUIDADO COM AS LIMPEZAS!

P n.º 1318 Febre e dor cervical – sintomas comuns enquanto manifestação de patologia incomum

P n.º 1319 Vareniciclina e consumo de álcool - efeitos adversos neuropsiquiátricos

P n.º 1321 Síndrome de Horner parcial como apresentação de dissecção da artéria carótida interna

P n.º 1323 Tricoleucemia variante: A Propósito de um caso

P n.º 1328 Doença de Paget e Linfoma não Hodgkin: uma combinação improvável

P n.º 1329 Tromboembolismo pulmonar no Serviço de Urgência – importância da ecografia point-of-care

P n.º 1332 Importância da vigilância especializada em gravidas com estenose mitral severa

P n.º 1336 Um verdadeiro caso de coração partido

P n.º 1344 Embolização paradoxal através de foramen ovale patente

P n.º 1345 Quando o baço nos dá problemas!

P n.º 1351 Rim Bipolar: Diabetes Insipidus e Acidose Tubular Renal induzidas pelo Lítio

P n.º 1354 Idosos: um desafio no Serviço de Urgência

P n.º 1357 Lesão Ocupante de Espaço Intracraniana – 5 casos clínicos

P n.º 1363 Síndrome Pulmão-Rim em contexto de Poliangeíte Microscópica

P n.º 1366 Síndrome Platipneia-Ortodeoxia

P n.º 1368 Quando uma pandemia atrasa o diagnóstico - um doente e duas neoplasias primárias.

P n.º 1369 Síndrome de Guillain-Barré - uma apresentação

P n.º 1374 Tromboembolismo pulmonar: apresentação aguda de uma doença crónica

P n.º 1379 Uma apresentação rara de linfoma difuso de grandes células B

P n.º 1383 Quando não é apenas uma celulite

P n.º 1391 Platipneia-Ortodeoxia – um caso sobre COVID-19.

P n.º 1393 Mieloma múltiplo de cadeias leves kappa - a propósito de um caso clínico

P n.º 1396 Osteomielite e bacteriemia por Peptoniphilus asaccharolyticus

P n.º 1397 Leucoencefalopatia multifocal progressiva – o desafio das infeções oportunistas no doente VIH

P n.º 1399 Colesterol (demasiado) baixo?

P n.º 1405 A grande imitadora

P n.º 1407 GAVE refratária

P n.º 1418 Síndrome da Veia Cava Inferior, a propósito de um caso clínico

P n.º 1420 Um olho no tumor, outro no AVC

P n.º 1426 Convulsões com Alucinações Visuais

P n.º 1432 Isquémia medular mascarada por sintomatologia depressiva - um desafio diagnóstico

P n.º 1439 Tuberculose Cutânea

P n.º 1442 MIXOMA AURICULAR: UMA CAUSA RARA DE AVC ISQUÉMICO EXTENSO

P n.º 1443 Um coração infiltrado

P n.º 1447 Pancitopenia como primeira manifestação de infeção por HIV

P n.º 1448 Hipertensão Pulmonar: um mecanismo bidireccional

P n.º 1450 Uma recidiva rara no tempo

P n.º 1451 Coração e Rim: Colegas inseparáveis

P n.º 1453 Arterite de Células Gigantes: a propósito de um caso clínico

P n.º 1454 Linfoma “triple-hit”

P n.º 1455 Pericardite aguda secundária a Azacitidina

P n.º 1457 Quando a emenda é pior que o soneto - Aplasia Eritroide Pura após rejeição de transplante renal.

P n.º 1458 Um caso de pericardite recorrente e a hipótese da autoinflamação local

P n.º 1462 Jelly Belly

P n.º 1465 Uma causa pouco provável de fasceíte

P n.º 1468 Glomerulonefrite associada à endocardite bacteriana – A propósito de um caso clínico

P n.º 1472 Espondilodiscite complicada com romboencefalite após uma infeção do trato urinário por E. Coli

P n.º 1473 MIOCARDITE - UMA COMPLICAÇÃO RARA DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

P n.º 1477 Sépsis com origem em quisto hepático infetado – uma complicação pouco frequente

P n.º 1484 Edema membros inferiores … ao encontro do diagnóstico

P n.º 1485 Doença da aglutinina ao frio, uma pista para o diagnóstico final

P n.º 1491 A SÍNDROME NEFRÓTICA: QUANDO A CAUSA ESTAVA À VISTA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

P n.º 1495 Doença de Graves após hipotiroidismo crónico em doente com Diabetes mellitus tipo 1

P n.º 1500 Forma rara de diabetes associada a corticoterapia

P n.º 1505 Um caso raro de "fratura de stent endovascular" no tratamento da Síndrome da Veia Cava superior

P n.º 1506 Um caso de pericardite associado a infeção por SARS-CoV-2

P n.º 1514 Massa paravertebral lombar - quando a causa não é benigna

P n.º 1516 Parkinson… talvez sim ou talvez não

P n.º 1520 Eventos cerebrovasculares de repetição em doente com Foramen Oval Patente

P n.º 1521 Duodenite eosinofílica – um verdadeiro desafio diagnóstico

P n.º 1525 Dissecção da Artéria Vertebral: Causa de Acidente Vascular Cerebral em doente jovem

P n.º 1526 Lesão Miocárdica aguda em contexto de emergência hipertensiva

P n.º 1534 Síndrome depressiva: uma causa de insuficiência respiratória grave

P n.º 1536 Encefalite e vacina COVID-19: relação ou coincidência?

P n.º 1541 O essencial é invisível aos olhos.

P n.º 1543 Disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo – uma apresentação rara de hipertiroidismo.

P n.º 1545 (Não) é só uma anemia ferropénica em idade fértil.

P n.º 1547 Febre sem foco – uma dor de cabeça.

P n.º 1549 Síndrome de Sjögren primário iniciado na infância como parotidite recorrente

P n.º 1553 Calcifilaxia na Doença Renal Avançada: um desafio diagnóstico e terapêutico

P n.º 1566 Melanocitose meníngea difusa primária - um caso clínico

P n.º 1572 Dois Órgãos, um Culpado - um caso de Diabetes mellitus e Infeção por Vírus da Hepatite C

P n.º 1574 Descobrindo um Heyde

P n.º 1575 Encefalopatia de Wernicke numa enfermaria de Medicina

P n.º 1581 Síndrome de Gitelman – Uma rara causa de hipocaliemia

P n.º 1584 Diabetes mellitus "escondida" pelo Síndrome de Gilbert – O desafio diagnóstico para além da HbA1c

P n.º 1587 Citopenias em Malnutrição

P n.º 1591 Colangite biliar primária e Síndrome CREST: Uma rara sobreposição

P n.º 1595 Nefrite Intersticial Aguda

P n.º 1596 Polisserosite: um desafio diagnóstico

P n.º 1599 Perfuração gástrica por corpo estranho

P n.º 1600 Diagnóstico inaugural de Diabetes mellitus insulinodependente após doença COVID-19

P n.º 1601 Monoartrite em doente geriátrico: gestão ambulatória por equipa de Cuidados Paliativos domiciliários

P n.º 1606 Doença celíaca: a importância da interpretação dos exames serológicos

P n.º 1607 HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO COM LOCALIZAÇÃO INCERTA

P n.º 1608 FEBRE...Q?

P n.º 1609 Um pico escondido

P n.º 1611 Enteropatia perdedora de proteínas como apresentação inaugural do Lúpus Eritematoso Sistémico

P n.º 1612 Um mal nunca vem só: caso clínico de abcessos pulmonar e cerebral

P n.º 1613 HIPOXÉMIA PERSISTENTE SEM CAUSA APARENTE

P n.º 1615 Corpos cetónicos aumentados: Será sempre diabetes?

P n.º 1619 Diabetes insipidus nefrogénica por hiperplasia benigna da próstata

P n.º 1625 Depressão e SIADH: quando os antidepressivos não são a causa

P n.º 1628 Trombocitopenia Imune após vacina Comirnaty - a propósito de um caso clínico

P n.º 1632 Infeção por SARS-CoV2 complicada por Síndrome nefrótica: a propósito de um caso clínico

P n.º 1637 Síndrome de Ramsay-Hunt: relato de um caso de neuropatia craniana múltipla

P n.º 1649 Da Otite à Meningoencefalite

P n.º 1651 Amiodarona, a outra face da toxicidade

P n.º 1652 Proteinose Alveolar Pulmonar - uma entidade rara

P n.º 1656 Síndrome úveo-meníngea: etiologia esquecida da síndrome confusional aguda

P n.º 1657 Enfartes Esplénicos - o desafio da investigação etiológica

P n.º 1659 Streptococcus pyogenes, muitas vezes inocente, mas nem sempre

P n.º 1662 Hipercalcemia de difícil controlo – a propósito de um caso de hiperparatiroidismo primário

P n.º 1663 Neuropatia óptica isquémica anterior como manifestação inicial de síndrome mielodisplásico

P n.º 1665 ASHWAGANDHA: SUPLEMENTO OU TÓXICO?

P n.º 1666 Angiopatia amilóide cerebral - location, location, location!

P n.º 1667 Empiema pleural por Gemella morbillorum

P n.º 1669 Glomerulonefrite pós-infeciosa com TASO negativo

P n.º 1670 Lesão renal aguda secundária a vasculite ANCA - um desafio diagnóstico

P n.º 1673 Cerebral Empyema - In these modern nervous times, a trustful source is always a problem

P n.º 1678 FITOBEZOAR COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL: UM CASO RARO EM MEDICINA

P n.º 1680 Um diagnóstico diferencial de prurido

P n.º 1681 Pericardite efusiva - desta vez a culpa foi mesmo da vacina

P n.º 1682 Intoxicação por lítio: um caso clínico

P n.º 1684 Do Acidente Vascular Cerebral ao diagnóstico de Displasia Fibromuscular

P n.º 1691 Miocardite COVID-19: um caso clínico

P n.º 1693 Um caso invulgar de pancitopenia: multiplicidade de etiologias num só doente.

P n.º 1694 POLIÚRIA NO INTERNAMENTO – ABORDAGEM SISTEMÁTICA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P n.º 1698 Esófago negro: Uma apresentação atípica de uma condição rara.

P n.º 1700 Linfoma de Burkitt: uma apresentação incomum

P n.º 1705 Síndrome Hemofagocítica Secundária – a propósito de um caso clínico

P n.º 1712 Causa rara de dor abdominal!

P n.º 1716 Hiperglicemia como Causa Rara de Hemicoreia

P n.º 1717 Acidente vascular cerebral isquémico recorrente – efeito rebound do ácido acetilsalicílico?

P n.º 1720 Microangiopatia trombótica paraneoplásica ou iatrogenia a gemcitabina?

P n.º 1722 Síndrome da Veia Cava Superior maligna – uma emergência em oncologia

P n.º 1724 Pericardite Aguda – A Propósito de um Desafio Clínico

P n.º 1732 Uma complicação rara de factores de risco comuns

P n.º 1741 SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEÓXICA – UM SUSPEITO INVULGAR

P n.º 1744 Uma anemia de etiologia duvidosa

P n.º 1745 Abordagem a uma complicação grave de fertilização in vitro

P n.º 1758 Um efeito verdadeiramente adverso

P n.º 1760 Ascite quilosa - um caso incomum

P n.º 1763 Um caso de tuberculose invulgar

P n.º 1768 Icterícia colestática como manifestação inicial de leucemia linfoblástica aguda

P n.º 1769 Neurolúpus

P n.º 1770 Retorragias no jovem - uma causa rara

P n.º 1772 Síndrome torácica aguda: um relato de caso

P n.º 1778 Coexistência de vários tipos de taquicardia supraventricular paroxística

P n.º 1782 Lesões cutâneas como chave para um diagnóstico

P n.º 1783 Polidipsia primária: uma causa de hiponatremia a não esquecer

P n.º 1784 Abcesso da pele e a diabetes mellitus tipo 2

P n.º 1785 Anemia crónica na síndrome de ectasia vascular do antro gástrico: importância do estudo etiológico.

P n.º 1786 Dermatomiosite anti-TIF1-? positivo

P n.º 1788 Miopericardite aguda: etiologia única?

P n.º 1791 Pericardite aguda como causa de descompensação de insuficiência cardíaca

P n.º 1794 Endocardite infeciosa em doente portador de pacemaker

P n.º 1796 Coma hipoglicémico recorrente: o culpado habitual, uma abordagem particular

P n.º 1801 Um caso de intoxicação por óxido nitroso ("gás hilariante")

P n.º 1805 Policitémia Vera como entidade associada a alteração do estado de consciência

P n.º 1811 Uma causa incomum de Hemorragia Digestiva Alta no Adulto Jov

P n.º 1814 "O que me dizem os teus olhos?": a propósito de um caso clínico de ptose palpebral

P n.º 1821 Infeção por VIH-1: uma causa menos frequente de miocardiopatia dilatada

P n.º 1822 A Importância da Suspeita de Arterite de Células Gigantes

P n.º 1824 Insuficiência suprarrenal primária – uma causa de choque pouco frequente

P n.º 1825 Uma apresentação atípica

P n.º 1826 Anemia Perniciosa: Diagnóstico Pouco Habitual num Doente Jovem

P n.º 1827 A amargura duma cetoacidose diabética

P n.º 1833 Uma síncope sem rasto

P n.º 1837 LESÕES LÍTICAS E CÉLULAS DE HURTHLE: UM OLHAR NA PATOLOGIA TIROIDEIA

P n.º 1838 O parkinsonismo assimétrico pode ser iatrogénico

P n.º 1839 INTOXICAÇÃO CRÓNICA POR LÍTIO

P n.º 1841 Meningite, manifestação de uma outra infeção grave

P n.º 1842 LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO CEREBRAL DE ORIGEM INFECIOSA

P n.º 1843 Hipertensão pulmonar 2ª a linfangite carcinomatosa - apresentação rara de adenocarcinoma gástrico

P n.º 1849 Perda da acuidade visual na mulher jovem: o início de uma jornada de estudos

P n.º 1851 Abcesso Pulmonar a complicar Covid-19, dois casos

P n.º 1855 AVC hemorrágico na mulher jovem: a tontura cavernomatosa

P n.º 1860 Síndrome de Waterhouse-Friederichsen

P n.º 1861 Sinal de xaile: a importância do olho clínico

P n.º 1866 Adenopatias, a raridade aliada à gravidade – a propósito de um caso clínico

P n.º 1869 Miocardite aguda por Pembrolizumab - um caso clínico

P n.º 1870 Síndrome Febril Prolongado de Origem Desconhecida - o valor diagnóstico da exérese ganglionar

P n.º 1874 Nódulo mamário e lesões ósseas - uma etiologia incomum

P n.º 1877 O desafio diagnóstico do SIADH – em busca da etiologia

P n.º 1878 Urossépsis associada a Espondilodiscite – uma apresentação atípica

P n.º 1879 TIBOLA: tick-borne lymphadenopathy

P n.º 1880 Eventos trombóticos como apresentação inicial de Mielofibrose Primária

P n.º 1884 Listeriose, uma doença dissimulada

P n.º 1888 Síndrome Millard-Gubler – A propósito de um caso clínico

P n.º 1889 A COVID-19 e o coração: uma relação conflituosa

P n.º 1890 Hipomagnesemia grave multifactorial

P n.º 1894 Alteração do comportamento - a importância do diagnóstico diferencial

P n.º 1897 AFINAL NÃO ERA NEOPLASIA

P n.º 1899 Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível

P n.º 1901 Miocardite no jovem com febre e odinofagia

P n.º 1905 Acidente vascular cerebral ou disfunção de shunt ventrículo-peritoneal ?

P n.º 1916 Lesão renal aguda: os suspeitos do costume?

P n.º 1923 Neurotoxicidade por Lítio: A propósito de um caso clínico

P n.º 1924 SÍNDROME DE OGILVIE COMPLICADA – RELATO DE UM CASO

P n.º 1926 UMA CAUSA RARA DE UMA DOR COMUM

P n.º 1933 Tempestade Tiroideia no caminho?

P n.º 1937 Dor não controlada ou algo mais?

P n.º 1942 Síndrome de Wellens: um padrão eletrocardiográfico patognomónico importante de reconhecer

P n.º 1947 Apendagite Epiplóica: um diagnóstico emergente

P n.º 1951 OFTALMOPLEGIA INTERNUCLAR: UM SINAL PECULIAR DE AVC

P n.º 1954 Síndrome de Paget-Schroetter? Uma trombose improvável

P n.º 1959 Cardiomiopatia de Takotsubo - um diagnóstico a excluir na alteração neurológica aguda

P n.º 1962 Malária falciparum - da doença à terapêutica: duas causas de anemia hemolítica

P n.º 1966 Síndrome Hepato-pulmonar: complicação rara ou subdiagnosticada?

P n.º 1968 Nem só de lesões líticas vive a neoplasia da próstata

P n.º 1971 Insuficiência adrenal secundária e hiponatrémia: Uma causa a não esquecer!

P n.º 1974 Um caso de linfohistiocitose hemofagocítica secundária

P n.º 1978 Infeção por Listeria: apenas uma meningoencefalite?

P n.º 1979 De Meigs a pseudo Meigs

P n.º 1982 Doença de Paget óssea como diagnóstico diferencial de lesões líticas

P n.º 1983 Pancreatite aguda alitiásica: a propósito de um caso clínico

P n.º 1994 Mononucleose infeciosa: o que parece, é.

P n.º 1997 Bacteriemia primária por Listeria monocytogenes – um caso clínico

P n.º 2002 Doença de Lyme com Manifestações Neurológicas

P n.º 2004 Síndrome Aórtica Aguda - um desafio

P n.º 2005 A MULTIPLICIDADE DE APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DE ANEMIA PERNICIOSA: UMA SÉRIE DE 3 CASOS CLÍNICOS.

P n.º 2006 Síndrome Poliganglionar Auto-imune tipo 2: a propósito de um caso clínico

P n.º 2007 Forâmen Ovale Patente: um caso atipicamente típico

P n.º 2014 Diagnóstico de leptospirose num mundo de Covid

P n.º 2016 O ANEURISMA QUE NUNCA FOI: Um caso de Emergência Hipertensiva

P n.º 2017 Em busca de um primário desconhecido

P n.º 2018 Doença Pneumocócica Invasiva, a propósito de um caso clínico

P n.º 2019 Bacteriémia a Salmonella não tifóide

P n.º 2024 Atrofia de sistemas múltiplos: um diagnóstico desafiante

P n.º 2026 Doença Crohn silenciosa.

P n.º 2028 Abcesso hepático: Nem tudo o que parece, é

P n.º 2038 Autoimunidade e cancro: caso clínico de poliarterite indiferenciada e neoplasia pulmonar

P n.º 2044 Lactococcus garvieae e a sua emergência fora da água

P n.º 2059 Hemorragia espontânea de adenoma hepático – um caso clínico

P n.º 2060 Leshmaniose visceral em doente sob terapêutica imunosupressora

P n.º 2063 Pancitopénia: um caso de persistência no estudo etiológico

P n.º 2065 Bacteriemia a MSSA com focalização: a importância de procurar focos em áreas nobres

P n.º 2066 Uma E. coli disseminada

P n.º 2068 Disfunção multiorgânica – forma de apresentação de crise gotosa

P n.º 2069 Quando as plaquetas desaparecem

P n.º 2071 Sarcoma mielóide com envolvimento multiorgânico – uma apresentação rara

P n.º 2072 Anemia hemolítica de novo num doente com Síndrome de Gilbert- um diagnóstico improvável

P n.º 2073 Um caso de hipocaliémia crónica

P n.º 2074 De dorsolombalgia "inocente" a abcesso pulmonar até ao diagnóstico de tuberculose pulmonar

P n.º 2080 Um caso raro de sarcoma de tecidos moles

P n.º 2083 Carcinoma Gástrico – uma causa de Encefalopatia de Wernicke

P n.º 2087 Infeção em doente portador de próteses cardíacas – a importância do diagnóstico precoce

P n.º 2088 Hepatite induzida por fármacos – um diagnóstico de exclusão

P n.º 2089 Hemoperitoneu maciço em doente com doença de Von Willebrand tipo 3

P n.º 2095 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MASCULINO- DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

P n.º 2105 Anemias carenciais no século XXI

P n.º 2106 Leptospirose: um caso de febre persistente

P n.º 2112 Elderly: when the iron is out of balance

P n.º 2113 Gravidez não é doença, mas às vezes engana - um caso clínico

P n.º 2116 Nem todo o fator reumatoide elevado é artrite reumatoide

P n.º 2117 A pre-cordialgia maligna

P n.º 2119 Encefalite associada a infeção SARS CoV2

P n.º 2124 Caso clínico de infeção oportunística por Cryptosporidium - ainda uma realidade

P n.º 2128 Uma causa a ter em conta na paragem cardiorrespiratória

P n.º 2129 Importância do contexto epidemiológico num caso de brucelose

P n.º 2132 Colite por citomegalovirus no diagnóstico inaugural de colite ulcerosa

P n.º 2139 Derrame pleural mielomatoso: uma entidade rara que agrava o prognóstico

P n.º 2142 Consequências Cerebrovasculares da Síndrome Antifosfolipídica

P n.º 2143 VASCULITE CUTÂNEA DE PEQUENOS VASOS SECUNDÁRIA A APIXABANO – UMA ENTIDADE RARA: CASO CLÍNICO

P n.º 2146 Linfoma de células T angioimunoblástico

P n.º 2147 Golpe de calor – uma afetação multissistémica

P n.º 2149 Derrame pericárdico de grande volume: uma pista silenciosa

P n.º 2150 LINFADENITE TUBERCULOSA – UM DIAGNÓSTICO RARO DE UMA DOENÇA COMUM

P n.º 2155 Imunomodelarores, quando todo o cuidado é pouco

P n.º 2163 Reconhecer a importância do diagnóstico diferencial em UCI

P n.º 2165 Uma importante história alimentar – A propósito de um caso clínico.

P n.º 2166 O segredo por detrás de uma pneumonia

P n.º 2169 Isquemia intestinal e pneumatose intestinal e portal em doente com Doença de Crohn

P n.º 2177 Pseudo-hipoglicémia – quando nem tudo o que parece é!

P n.º 2178 Hepatite aguda: quando a imunidade é o problema

P n.º 2194 Candidemia a Candida glabrata, a propósito de um caso clínico.

P n.º 2198 Arterite de células gigantes – a febre como fator confundidor

P n.º 2199 Pielonefrite Aguda complicada com hematoma renal subcapsular espontâneo – relato de caso.

P n.º 2202 Fibrose retroperitoneal secundária a neoplasia da próstata, uma forma rara de apresentação.

P n.º 2208 Hepatite viral – o agente esquecido

P n.º 2209 Características do derrame pleural como pista diagnóstica

P n.º 2210 Co-infeção SARS-COV2 e MSSA... da raridade à realidade

P n.º 2211 BRUCELOSE, UMA DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA - SERÁ REALMENTE UM CASO CONFIRMADO?

P n.º 2221 Mediastinite secundária a perfuração esofágica

P n.º 2223 Hemorragia intracerebral hipertensiva vs Glioblastoma: uma imitação perfeita

P n.º 2224 Da mononucleose infecciosa ao distúrbio linfoproliferativo

P n.º 2235 Um caso raro de enfarte renal apos infeção por Sarscov-2

P n.º 2237 Pneumonia adquirida na comunidade grave por um agente sub-estimado

P n.º 2241 ETIOLOGIA INCOMUM DA PANCREATITE AGUDA

P n.º 2243 Quando o inesperado acontece - o caso de um fecaloma

P n.º 2251 Síndrome de Stevens-Jonhson: a importância do reconhecimento precoce

P n.º 2253 Cistoadenoma biliar – Um achado radiológico raro

P n.º 2256 Nem toda a ascite no alcoólico traduz hipertensão portal

P n.º 2257 Prescrevemos anticoagulação numa vegetação?

P n.º 2258 Infeção por Saprochaete spp – um caso clínico

P n.º 2259 Emergência Hipertensiva como diagnóstico inaugural de Hipertensão Arterial

P n.º 2261 Quando uma "simples" pielonefrite traz brinde

P n.º 2263 O DIAGNÓSTICO À FLOR DA PELE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P n.º 2269 Complicações pós-COVID no doente jovem

P n.º 2273 A Síndrome Hipereosinofílica, o que esconde?

P n.º 2279 Streptococcus constellatus e Parvimonas micra: agentes raros de infeção piogénica intra-abdominal

P n.º 2281 Função hepática - uma alteração súbita

P n.º 2285 Hepatite aguda e eritema nodoso secundários a Cotrimoxazol - a propósito de um caso clínico

P n.º 2286 Doença invasiva por Haemophilus influenzae em doente imunocomprometida

P n.º 2289 Abcesso a Rothia dentocariosa: a propósito de uma mordedura de gato

P n.º 2290 Neurossífilis - a propósito de um caso clínico

P n.º 2291 Linfoma de Hodgkin – O diagnóstico na hora H

P n.º 2296 Poliartralgias e Síndrome Nefrótico no Jovem - O que escondem?

P n.º 2297 Abcesso hepático amebiano

P n.º 2298 O homem das cavern(om)as: epilepsia temporal como etiologia de alucinações auditivo-visuais

P n.º 2305 Síndrome de DRESS (SD) pós-vacina contra a Covid-19

P n.º 2316 O que esconde uma intoxicação medicamentosa voluntária?

P n.º 2319 Pneumocistose - Apresentação de um inesperado caso de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA)

P n.º 2320 Agenesia da veia cava inferior como causa de trombose venosa profunda

P n.º 2325 Será um sopro? – Aortite infeciosa diagnosticada com um exame físico cuidadoso

P n.º 2329 Da Covid-19 à Síndrome de Lance-Adams

P n.º 2337 Doença intersticial pulmonar isolada com positividade tripla anti-Ku, anti-PM/ScL75 e anti-PL-7.

P n.º 2341 Apresentação Atípica de uma Doença Rara

P n.º 2343 Endocardite Infeciosa com Hemorragia Subaracnoideia – Uma complicação rara

P n.º 2346 Síndrome de Wernicke – um diagnóstico desafiante

P n.º 2352 Pericardite por atípicos

P n.º 2355 Eventração diafragmática - uma causa rara de dispneia

P n.º 2357 Aspergilose pulmonar crónica cavitada em doente com pneumonia adquirida na comunidade

P n.º 2360 Dermatomiosite: mais uma consequência da pandemia?

P n.º 2364 Endocardite aguda com embolização séptica de localização rara

P n.º 2367 Uma apresentação rara de Leucemia Mieloide Crónica

P n.º 2368 Encefalopatia, um responsável incomum

P n.º 2374 Sépsis por patogénico animal "exclusivo?"

P n.º 2375 Hipersensibilidade a fenobarbital: a propósito de um caso clínico

P n.º 2376 Quando o pigtail traz más notícias…

P n.º 2377 Hepatite E - um diagnóstico esquecido?

P n.º 2380 Uma febre quase fatal

P n.º 2381 Diclofenac como causa de falência hepática aguda.

P n.º 2386 Vasculite leucocitoclástica no idoso: uma etiologia rara

P n.º 2388 Uma lombalgia à espera de diagnóstico

P n.º 2393 Da trombose venosa profunda à vasculite

P n.º 2394 Enfarte da Artéria de Percheron ?

P n.º 2398 Streptococcus gordonni, uma causa rara de endocardite infeciosa

P n.º 2400 Shewanella algae: um patogéneo emergente

P n.º 2406 A culpa foi do coelho?

P n.º 2412 Quando é Pior a Emenda que o Soneto: Doença do Interstício Pulmonar por Rituximab

P n.º 2413 Um caso de Tuberculose Pleural

P n.º 2421 Tumor neuroendócrino - apresentação atípica de uma doença rara

P n.º 2423 Tuberculose Ganglionar, a manifestação mais comum de Tuberculose Extrapulmonar

P n.º 2437 Dor abdominal: apresentação atípica de espondilodiscite

P n.º 2441 Corticoterapia no tratamento do Síndrome Pós-Pericardiotomia - a propósito de um caso clínico

P n.º 2444 COVID19 com movimentos involuntários!

P n.º 2447 Um caso raro de Síndrome de Cushing

P n.º 2450 Crioglobulinemia e atingimento renal: o timing para arriscar

P n.º 2451 Púrpura Trombocitopénica Trombótica: vários espectros da doença.

P n.º 2453 Gangrena de Fournier no sexo feminino: a propósito de um caso clínico

P n.º 2455 Síndrome de Lemmel- uma causa rara de obstrução da via biliar.

P n.º 2456 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA EM DOENTE PREVIAMENTE SAUDÁVEL

P n.º 2458 O plasmocitoma que revelou tratar-se de um sarcoma

P n.º 2459 SAF associado ao LES

P n.º 2464 Good News: Hemochromatosis

P n.º 2465 Um caso tardio e severo de cardiotoxicidade

P n.º 2470 Crise convulsiva no contexto de intoxicação por fluoxetina

P n.º 2475 Nocardiose pulmonar num doente imunossuprimido

P n.º 2479 Hipertensão arterial maligna com envolvimento multiorgânico: a propósito de um caso

P n.º 2482 Insuficiencia cardiaca por tumor fibroso mediastinico

P n.º 2490 As várias etiologias da diarreia

P n.º 2491 Acidente vascular cerebral no jovem – a causa oculta

P n.º 2494 Amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina

P n.º 2496 Endocardite ou Leptospirose: eis a questão

P n.º 2497 Sindrome de Marchiafava-Bignami, uma entidade rara

P n.º 2503 Pan-hipopituitarismo em idade geriátrica

P n.º 2506 Left PACI as the prime manifestation of a fungal aortic prosthetic valve endocarditis

P n.º 2508 Doença pneumocócica invasiva em adulto jovem saudável

P n.º 2509 Doença de Kikuchi-Fujimoto – uma causa rara, mas importante de adenopatias e sintomas B

P n.º 2518 Suplementos alimentares, fazem sempre bem?

P n.º 2519 Dor torácica aguda em homem jovem, mais do que parece

P n.º 2522 DILIgências na lesão hepática aguda

P n.º 2526 Surpresa, é um meningioma!

P n.º 2527 Tuberculose pleural- relembrando a marcha diagnóstica de um derrame pleural

P n.º 2528 Enfarte medular: uma manifestação rara de dor torácica.

P n.º 2534 Um azar nunca vem só - uma sequência de eventos trombóticos e hemorrágicos numa mulher jovem

P n.º 2536 Cefaleia Primária do Esforço - A propósito de um caso

P n.º 2540 Uma causa invulgar de crise adrenérgica

P n.º 2546 Esofagite Candida e herpes simplex: quando um mal não vem só

P n.º 2547 UM RARO CASO DE APOPLEXIA PITUITÁRIA E MASSA TESTICULAR

P n.º 2553 Para além da doença intersticial pulmonar

P n.º 2554 Aortite Células Gigantes: uma causa rara de quadro constitucional

P n.º 2558 Nem todo o derrame é o que parece - uma causa incomum de derrame pleural exsudativo

P n.º 2560 Uma causa dissimulada para uma dessaturação grave

P n.º 2561 Intercorrência num caso de fibrose pulmonar familiar

P n.º 2568 As infeções virais e as doenças linfoproliferativas – a propósito do estudo de adenopatias

P n.º 2575 Mieloma Múltiplo – um caso clínico fraturante

P n.º 2577 Dispneia e dessaturação após endoscopia: o que pensar?

P n.º 2578 ETIOLOGIA DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA ADQUIRIDA – CASO CLÍNICO

P n.º 2579 Escabiose: causa incomum de prurido crónico

P n.º 2581 SÍNDROME DE INFUSÃO DO PROPOFOL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE RABDOMIÓLISE MACIÇA

P n.º 2585 Diabetes insípida nefrogénica secundária a toxicidade por lítio

P n.º 2589 Endocardite por Staphylococcus caprae - um agente raro

P n.º 2591 A importância da história clínica e exame objectivo

P n.º 2600 Trombocitopenia induzida pelo circuito de diálise

P n.º 2606 Tromboembolismo pulmonar no Serviço de Urgência – Importância da ecografia point-of-care

P n.º 2608 Complicações da Vacinação SARs-CoV-2

P n.º 2619 Neoplasias – Quando o raciocínio é de fora para dentro

P n.º 2622 Endocardite subaguda – a grande simuladora?

P n.º 2624 Uma MALA, dois destinos diferentes

P n.º 2625 Síndrome de Pancoast: Case report

P n.º 2629 A Ansiedade da Miastenia Gravis

P n.º 2632 Meningococemia Fulminante, um diagnóstico raro e devastador

P n.º 2633 Derrame pericárdico como manifestação inicial de Neoplasia do Pulmão

P n.º 2643 Síndrome febril de etiologia indeterminada, e agora?

P n.º 2645 Hipertensão arterial secundária – um caso de hiperaldosteronismo primário

P n.º 2647 Neutropenia e febre: causa ou consequência?

P n.º 2648 Uma causa rara de encefalopatia metabólica

P n.º 2653 Sindrome de Lofgren: Apresentação aguda de um caso de Sarcoidose de Darier-Roussy

P n.º 2657 Falling for you – síndrome do roubo da subclávia como causa de síncopes de repetição

P n.º 2658 Endocardite subaguda: inimigo silencioso

P n.º 2660 Lesão ocupante de espaço, manifestação inicial rara de uma doença comum

P n.º 2661 Obstipação - uma síndrome geriátrica negligenciada

P n.º 2666 Um linfoma incomum com manifestação clínica atípica

P n.º 2667 Bezoar Fungico

P n.º 2678 Colite - Nem sempre é o que parece

P n.º 2689 Antibioterapia oral na endocardite

P n.º 2693 Quilotórax e malignidade

P n.º 2696 Doença de Behcet - um olhar atento sobre a vasculatura pulmonar.

P n.º 2701 Hipertensão (pseudo)resistente – a dificuldade de provar não adesão terapêutica

P n.º 2706 Enterocolite neutropénica - uma complicação grave num doente sob quimioterapia

P n.º 2711 Síndrome de Churg-Strauss - Vasculite pANCA

P n.º 2712 APÓS 2 ANOS DE FEBRE, TEMOS CULPADO!

P n.º 2716 DRESS CODE PARA CIRURGIA ORTOPEDICA– INDUZIDO POR ANTIBIOTICO

P n.º 2720 Queratite por Nocardia - um diagnóstico a considerar na abordagem de olho vermelho

P n.º 2721 "Back to basics", quando a dúvida se instala a clínica orienta

P n.º 2722 Síndrome cardiorrenal agravada por fístula arteriovenosa: a gota de água que transborda o copo

P n.º 2723 GASTROENTERITE AGUDA - UM DIAGNÓSTICO SIMPLES ?

P n.º 2736 Tuberculose ganglionar: um diagnóstico que não veio só

P n.º 2740 Acidente Vascular Cerebral e Foramen Ovale Patente - causalidade ou coincidência?

P n.º 2742 Um caso quase perfeito de imitação: Um diagnóstico diferencial da SGB

P n.º 2744 O sinais intemporais da radioterapia

P n.º 2745 Síndrome de Guillain-Barré - a propósito de um caso clínico

P n.º 2748 PERITONITE BACTERIANA SECUNDÁRIA (PBS): A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

P n.º 2749 Estrongiloidíase - o inesperado parasita

P n.º 2750 POLIARTERITE NODOSA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

P n.º 2754 Coagulação intravascular disseminada crónica secundária a disseção da aorta

P n.º 2755 Nem sempre a falha é do coração – derrame pleural metastático

P n.º 2756 Espondilodiscite por S. agalactiae – do sintoma comum ao agente incomum

P n.º 2757 Síndrome Cushing – uma causa de Hipocaliemia Persistente

P n.º 2759 Inibidores da acetilcolinesterase como causa de bradicardia: um caso clínico

P n.º 2763 Poliartralgias: quando o mais comum parece o mais improvável.

P n.º 2769 Endocardite e bacterémia a Streptococcus Cristatus - um agente raro

P n.º 2770 Neuro-Behçet: a propósito de um caso clínico

P n.º 2771 Covid19 com pneumonia organizativa, em doente jovem sob Ocrelizumab com hipogamaglobulinemia

P n.º 2774 Um doente VIH+ - consequências da negação do diagnóstico

P n.º 2779 Doença cavitária pulmonar – para além da tuberculose

P n.º 2780 Lesão renal, nem sempre é o que parece

P n.º 2782 Quando tudo corre mal

P n.º 2801 Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco como manifestação inaugural de Esclerose sistémica

P n.º 2807 A importância do diagnóstico diferencial

P n.º 2809 Plaquetas quase abaixo de zero - Trombocitopenia aguda infeciosa

P n.º 2810 Quando o coração é o foco

P n.º 2816 Rash cutâneo extenso: relembrar a síndrome de DRESS induzido por alopurinol

P n.º 2819 Síndrome de Wellens: um padrão negligenciado

P n.º 2823 Colangite Biliar Primária - relato de um caso

P n.º 2825 Colite pseudomembranosa – uma marcha diagnóstica desafiante

P n.º 2830 Síndrome da sela turca vazia: causa rara de hipopituitarismo e hiponatremia

P n.º 2839 NEFROPATIA MEMBRANOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P n.º 2843 COVID-19, trombocitopenia imune e tromboembolismo pulmonar: casualidade ou consequência?

P n.º 2846 DERRAME PERICÁRDICO: DOI QUANDO MEXE

P n.º 2847 Dor lombar: Apresentação atípica de Linfoma de Hodgkin

P n.º 2854 Síndrome de Takotsubo e o evento vascular cerebral agudo

P n.º 2860 Nódulo Sister Mary Joseph: metástase incomum de adenocarcinoma pulmonar

P n.º 2861 A Listeria monocytogenes é uma bactéria com importante patogenicidade em doentes imunocomprometidos

P n.º 0004

Hepatotoxicidade induzida por esteroides anabolizantes- relato de caso

Fgomes(1);Mariana Almeida(1);Marco Morrica(1);Bruno Bonito(1);Joana Cartucho(1);Joaquim Felisberto(1);Rodrigo Rufino(1);Daniela Rodrigues(1);Ruth Feio(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Os esteroides anabolizantes androgénicos (EAA) são derivados sintéticos da testosterona utilizados inicialmente para fins terapêuticos. Atualmente, essas drogas estão sendo utilizadas, de forma abusiva e indiscriminada para melhoria da performance desportiva e para fins estéticos. Estão descritos múltiplos efeitos colaterais, sendo a hepatotoxicidade uma das mais frequentes.
Caso clínico: Homem de 36 anos, autónomo. Sem antecedentes pessoais. Sem terapêutica de ambulatório. Sem hábitos tabágicos, etanólicos ou toxicofílicos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de colúria e icterícia das escleróticas e da pele acompanhada de prurido com cerca de 2 semanas de evolução em agravamento progressivo. Quando questionado referência de consumo regular de esteroides anabolizantes (Oxandrolona, Estanozolol e Clembutrol) nas últimas 3 semanas prévio. Negava consumo de chás medicinais, viagens recentes, comportamentos sexuais de risco ou transfusão sanguínea recente. Objetivamente apresentava-se icterícia das escleróticas e da pele. Sem outras alterações no exame físico. Analises salienta-se hiperbilirrubinemia à custa da direita (BT máx. 40,10mg/dL e BD máx. 30.9mg/dL). Elevação de transaminases (AST 86UI/L; ALT 249UI/L; FA 196UI/L e GGT 152UI/L). TP, INR e albumina normais. Serologias virais (vírus da hepatite A, B, C, VIH, Parvovírus B19, Citomegalovirus e Epstein-Barr) negativas. Imunologia (anticorpos antinucleares, anti-mitocôndria, anti-músculo liso, anticorpos LKM-1 e anti-antigénios hepáticos) negativas. Ceruloplasmina; Alfa1-antitripsina e cinética do ferro normais. Ecografia abdominal sem alterações.
Doente internado admitindo hepatotoxidade associada a EAA. Iniciou fluidoterapia, anti-histaminico e colestiramina por prurido intenso. Evolução favorável ao longo do internamento, com melhoria clinico-laboratorial. Teve alta orientado para a consulta de Medicina Interna, onde manteve seguimento, com indicação de suspensão de consumo de EAA.
Conclusão: Alertamos para o uso indiscriminado de EAA, em particular em grupos de atletas não profissionais devido à facilidade na sua aquisição e motivações estéticas, constituiu um problema de saúde pública e cabe aos profissionais de educação em saúde conscientizar a população sobre os riscos desses fármacos.

P n.º 0006

Repercursão dos Fatores Genéticos no Sistema Nervoso Central

Elisabete Mendes(1);Djenabu Cassama(1);Sócrate Vargas Naranjo(1);Augusto Mendonça(1);Isabel Soles(1)
(1) MEDICINA - HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode resultar de múltiplos fatores de risco vascular modificáveis e/ou não modificáveis.
Com este trabalho os autores pretendem realçar a importância de rastreio precoce dos fatores de risco genéticos que são potenciais desencadeantes de eventos cerebrovasculares.
Apresenta-se o caso de um doente do sexo masucilino de 66 anos, dependente e institucionalizado. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, AVC isquémico com sequelas hemiplegia à direita e afasia de expressão.
Foi trazido ao SU por prostração e agravamento dos défices neurológicos já existentes. À admissão, o doente estava prostrado, não colaborante e em mutismo. Pupilas anisocórias mas reactivas à luz, nistagmo horizontal, sem neglect. Hemiparesia direita espática, reflexo osteotendinosos diminuídos à direita, reflexo cutâneo -plantar em extensão à esquerda. Auscultação cardíaca rítmica com sopro sistólico a nível da válvula mitral.
A Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) revelou lesão vascular isquémica recente cortico-subcortical frontal posterior à direita com apagamento de sulcos sem hemorragias associadas; lacunas vasculares em território de vasos perfurantes à direita; extensa sequela vascular hemisférica esquerda com atrofia e degenerescência walleriana e ateromatose.
Ficou internado com diagnóstico de AVC isquémico recente e doença cerebrovascular crónica.
Da investigação realizada no internamento destaca-se o estudo de trombofilia com défice de proteína C funcional (65%); défice de proteína S funcional (58.0%) e défice de antitrombina funcional (73%). Perfil lipídico alterado com maior relevância em LDL (170). O doppler dos vasos do pescoço mostrou múltiplas placas ateromatosas calcificadas em todos os segmentos, sem repercussão hemodinâmica.
Neste caso, verificamos a presença não comum da alteração de 3 fatores de genéticos num doente com história prévia de dois AVC's: o défice proteína C, proteína C e antitrombina III, além de alterações do perfil lipídico.
O AVC é uma das principais causas de incapacidade nos países desenvolvidos, pelo que é fundamental não só o estudo dos fatores modificáveis, mas também o estudo dos componentes genéticos envolvidos para melhor atuação na sua prevenção e minimizar as suas consequências nefastas.

P n.º 0008
QUANDO IDADE DO B.I. ENGANA - ESTENOSE CAROTÍDEA SINTOMÁTICA BILATERAL AOS 50 –

ANA COELHO(1);Sandra Raquel Sousa(1);Cátia m. Loureiro Pereira(1);Elisabete Pinelo(1);Joana Fonte(2)
(1) CH NORDESTE - BRAGANÇA (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças cardiovasculares

A estenose carotídea grave constitui o fator etiológico isolado mais importante no desenvolvimento de acidente vascular cerebral (AVC). O contributo da artéria carótida interna extra-craniana na génese do AVC processa-se, fundamentalmente, por um mecanismo trombo-embólico através da placa aterosclerótica localizada, sobretudo, na bifurcação carotídea. As estenoses carotídeas bilaterais são situações raras e ocorrem em 0,9-2,4% dos casos de patologia cerebral vascular.
Apresentamos o caso de homem, 51 anos, fumador (54UMA) sem outros fatores risco vascular conhecidos, sem medicação habitual; recorre ao SU por disartria ligeira a moderada, desvio da comissura labial em desfavor esquerda e hemihipostesia direita (NIHSS 3) com cerca de 2h de evolução, realizou TC CE revelando enfarte em território da artéria cerebral média esquerda e leucoencefalopatia isquémica. O estudo angiográfico mostrou trombo suboclusivo carotídeo e imagem stop arterial na transição M1-M2, pelo que foi transferido para centro de referência para realização de trombectomia; na instituição de destino repetiu imagem que revelou que a oclusão proximal do segmento M1 previamente identificada tinha sido repermeabilizada, registando-se apenas alterações compatíveis com a presença de trombo residual. No entanto, no restante estudo angiográfico destacava-se extensa doença aterosclerótica carotídea grave: área hipodensa exofitica no bulbo carotídeo esquerdo que se projecta no seu lúmen arterial, condicionando estenose significativa (pelo menos 70% - NASCET), traduzindo placa ateromatosa instável e ainda ao nível do bulbo da artéria carotídea interna contralateral, uma região focal de estenose luminal significativa(60 a 70% -NASCET); pelo que foi orientado para consulta de cirurgia vascular para posterior endarterectomia carotídea.
A história natural dos pacientes com oclusão bilateral das ACI é pouco conhecida. Neste doente a leucoencefalopatia isquémica confirma o carácter crónico da doença cerebrovascular num homem de 51 anos com o género e o tabagismo a concorrer para uma aterosclerose carotídea precoce.

P n.º 0016

Osteomielite – a propósito de um caso clínico

Marta Rosário(1);dr Luis Forte(1);Dra Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A osteomielite é uma inflamação causada por infecção bacteriana ou fúngica no osso. Pode ser provocada por uma fractura, implante protésico ou contaminação directa, via hematogénica.
Os sintomas incluem dor óssea, edema, vermelhidão, febre, náuseas, espasmos musculares na região afectada.
O tratamento é efectuado com antibióticos e antifúngicos sendo por vezes necessária cirurgia.
Existem três tipos e a classificação é feita segundo o tempo de evolução da doença.
Existe a osteomielite aguda, subaguda e crónica.
Quando a doença é diagnosticada nas primeiras quatro semanas, é a osteomielite aguda. Nesta fase é geralmente tratada com antibióticos e antifúngicos.
Define-se como subaguda quando a infecção se desenvolve por um ou dois meses, devido à falta de tratamento.
Nos casos em que a infecção persiste por mais de dois meses é definida como osteomielite crónica. Nesta altura pode ser necessária cirurgia.
Algumas situações específicas estão sujeitas a maior risco: Implantes de próteses, infecções generalizadas, fracturas ósseas, imunossupressão, diabéticos, doentes sob quimioterapia, ou pós cirurgia.
Os sintomas podem persistir durante anos, mesmo após uma cirurgia. Pode ser necessário amputação.
Os autores pretendem apresentar o caso clinico de um doente sexo masculino com diabetes melitos e várias co morbilidades, com várias complicações da diabetes e doença com mau controlo metabólico, que recorreu ao SU por apresentar 5º dedo necrosado e área adjacente com lesão ulcerada com exposição tendinosa mas sem exposição óssea. Inicialmente administrada antibioterapia de largo espectro. Por não apresentar melhoria e suspeita de osteomielite foi realizada RMN que confirmou a hipótese diagnóstica, tenso sido efectuado desbridamento cirúrgico e antibioterapia por mais 6 semanas. O objectivo desta apresentação é a sensibilização para esta patologia assim como para as complicações da diabetes melitus mal controladas.

P n.º 0030

Papel da PL na deterioração cognitiva rapidamente progressiva: a propósito de um caso clínico.

Ana Rita Ramalho(1);Inês Gomes(1);Rute Aleixo(1);Adriana Henriques(1);Inês Viegas(1);Maja Petrova(1);José Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

Introdução
A demência caracteriza-se pelo declínio de um ou mais domínios cognitivos, com impacto na independência do doente. Para além da etiologia neurodegenerativa, existem outras reversíveis desde que atempadamente diagnosticadas e tratadas. O delirium constitui um importante diagnóstico diferencial para o qual o médico deve estar sensibilizado.

Caso Clínico
Mulher, 76 anos, previamente autónoma e cognitivamente íntegra, é enviada ao Serviço de Urgência por apatia. Institucionalizada há 1 mês por dependência total para as AVDs após ter sido medicada com Ciclobenzaprina e AINE por quadro de lombociatalgia. Observada em SU nessa data e assumido o diagnóstico de delirium hipoativo iatrogénico. Após uma semana, observada novamente em SU por agitação psicomotora, teve alta medicada com Haloperidol e Diazepam e orientada para a consulta. Durante este período realizou estudo de causas tratáveis de demência (doseamento de TSH, ácido fólico, vitamina B12, serologias para sífilis e HIV e TAC-CE) sem alterações. A doente não regressou ao seu estado basal e, por manutenção de quadro flutuante de alteração do estado de consciência, é novamente observada em SU. Apresentava mioclonias positivas generalizadas espontâneas, predominantemente estímulo-sensitivas. Analiticamente sem alterações dos parâmetros inflamatórios, raio-x do tórax, combur ou da gasimetria arterial. Realizada punção lombar (PL) com proteinorráquia e leucocitose (149/mm3), com multi-teste positivo para vírus varicela zoster (VZV). Estabelecido o diagnóstico de Meningoencefalite por VZV, iniciou Aciclovir.

Discussão
O papel da PL na avaliação da deterioração cognitiva rapidamente progressiva prende-se com o diagnóstico diferencial de processos inflamatórios, infeciosos ou neoplásicos, os quais constituem causas raras com apresentação atípica. O VZV é uma causa rara de meningoencefalite e o envolvimento do SNC é uma consequência rara de infeção por VZV, com poucos casos reportados nos doentes imunocompetentes, com sintomas neurológicos a surgirem antes do exantema. O conhecimento do estado funcional prévio do doente (desafiante em contexto de SU) e o trabalho interdisciplinar revestem-se de extrema importância em casos em que o presumível diagnóstico de demência não se encontra totalmente esclarecido, como o da nossa doente.

P n.º 0032
Pielonefrite e cistite enfisematosa
Rui Fernandes(1);Sara Gomes(1);Ana Carolina Henriques(1);Francisco Barreto(1);Maria Inês Correia(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças renais

Introdução
Os doentes diabéticos têm um risco acrescido de infeções enfisematosas. O envolvimento síncrono do rim e da bexiga é pouco frequente. Trazemos o caso de uma mulher com diabetes insulinotratada, que desenvolveu infeção enfisematosa simultânea do rim e da bexiga, e que foi tratada com sucesso após nefrectomia.
Caso clínico
Mulher de 40 anos de idade com antecedentes de diabetes mellitus insulinotratada, recorre ao serviço de urgência por dor lombar esquerda e obstipação com 4 dias de evolução. Negava queixas urinárias. Ao exame objetivo, dor lombar intensa com Murphy renal esquerdo presente, apirética, hemodinamicamente estável com PAM > 65mmHg e frequência cardíaca de 78bpm. Analiticamente, 11.4 x 10^3 leucócitos com 81% de neutrófilos, 65.000/ul plaquetas e PCR 571mg/L. Exame sumário de urina com muitos leucócitos e eritrócitos. TC abdómino-pélvica foi realizada para despiste de pielonefrite complicada. TC revelava volumoso rim esquerdo por exuberante conteúdo gasoso que se estendia ao espaço peri-renal, assim como à bexiga, alterações essas compatíveis com pielonefrite (PE) e cistite (CE) enfisematosas. Iniciou antibioterapia empírica com meropnem e metronidazol, e adotou-se uma atitude expectante relativamente à cirurgia. Por deterioração multiorgânica, a doente foi submetida a nefrectomia de salvação ao 2º dia de internamento. Posteriormente, foi ajustada a antibioterapia para piperacilina-tazobactam dirigida a uma Escherichia coli multissensível isolada na urocultura. As hemoculturas foram negativas. O controlo infecioso por via cirúrgica aliada a antibioterapia permitiu a alta da doente ao fim do 17º dia de internamento.
Discussão
A PE é uma infeção necrotizante, grave e potencialmente fatal, com uma taxa de mortalidade de 8.7% a 21% e que acomete mais frequentemente os doentes diabéticos. Porém, o envolvimento simultâneo do rim e da bexiga, é uma situação pouco comum. O tratamento passa na maioria dos casos pela terapia combinada com antibioterapia e controlo infecioso por drenagem percutânea ou cirúrgica. Neste caso, adotou-se uma estratégia conservadora, mas antevendo-se um rápido agravamento clínico, tal como verificado. Portanto, a PE e/ou CE deveram ser excluídas em doentes diabéticos que se apresentem com sinais infeção urinária complicada.

P n.º 0035

Nem sempre a perda ponderal é um sintoma constitucional - um caso de sarcoidose sistémica

João Tiago Felgueiras(1);António Cardoso(1);Daniela Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças respiratórias

Introdução – A perda ponderal é um sinal frequente associado às doenças sistémicas como as neoplasias ou patologias inflamatórias crónicas. A sarcoidose não deve ser esquecida no diagnóstico diferencial da perda ponderal.
Caso Clínico - Homem de 59 anos, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal há 15 anos, diagnosticado recentemente com sarcoidose sistémica, sem terapêutica corticoide actualmente instituída, recorreu ao serviço de urgência com dor abdominal epigástrica com alívio 30 minutos após as refeições, associada a vómitos alimentares e perda ponderal de 20 Kg com 1 mês de evolução. Objetivamente apresentava-se emagrecido e com dor abdominal à palpação profunda do epigastro e do hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal.
Foi internado e realizou uma TC-Abdominal que revelou: “espessamento difuso das pregas gástricas” e uma endoscopia digestiva alta que demonstrou: “as pregas gástricas encontram-se difusamente espessadas e hiperemiadas … a mucosa duodenal apresenta-se muito hiperemiada, com alguma ulceração a nível da transição bulbo/D2”. As biópsias realizadas mostraram “microgranulomas não necrotizantes com células gigantes multinucleadas de tipo Langhans” a nível duodenal. O doente iniciou terapêutica com inibidor da bomba de protões e prednisolona e obteve melhoria progressiva da dor abdominal, retomando a dieta e tendo tido alta.
Aproximadamente 15 dias depois foi reavaliado em consulta apresentando-se assintomático e com uma recuperação ponderal de 6 Kg ao longo desse mesmo período.
Discussão – Qualquer doença sistémica pode manifestar-se por perda ponderal na sequência do quadro constitucional que se lhe associa. No entanto, a sarcoidose pode atingir o sistema gastrointestinal, ainda que raramente, levando a uma diminuição da ingesta. Assim, é essencial uma avaliação regular da sintomatologia do doente com sarcoidose para uma adequada monitorização do possível atingimento multiorgânico ao longo do curso da doença.

P n.º 0037

Síndrome de Dressler - uma complicação rara da implantação de Pacemaker

Teresa Abegão(1);Hugo Costa(1);Fábio Caleça Emídio(1);Karolina Aguiar(1);Carlos Cabrita(1);Dina Bento(1);Ilídio Jesus(1);Ana Lopes(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A síndrome de Dressler é uma patologia do pericárdio que surge cerca de 1 a 6 semanas após lesão do músculo cardíaco por enfarte agudo do miocárdio, cirurgia cardíaca, trauma ou procedimentos endovasculares. Presume-se que seja despoletada uma reacção inflamatória pela lesão das células mesoteliais do pericárdio e pela presença de sangue no espaço pericárdico. Pode cursar com febre, dor torácica pleurítica, e derrame pericárdico e/ou pleural. Com os avanços das técnicas de reperfusão cardíaca, a incidência da síndrome de Dressler tem vindo a diminuir.
Caso Clínico: Apresentamos o caso de um homem de 76 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial e cardiopatia isquémica. Internado por bloqueio aurículo-ventricular completo com necessidade de colocação de pacemaker definitivo. Cerca de 2 semanas depois, iniciou quadro de cansaço com agravamento progressivo, palpitações ocasionais e dor centrotorácica de características pleuríticas, a que se associaram mais tarde dispneia com ortopneia, aumento do perímetro abdominal e edema bilateral dos membros inferiores. Ao exame objectivo encontrava-se apirético, com sopro sistólico aórtico, diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax esquerdo, abdómen com onda ascítica positiva e edemas bilaterais e simétricos dos membros inferiores. Analiticamente com proteína C reactiva de 84 mg/L, velocidade de sedimentação 26mm/h, sem leucocitose ou aumento da procalcitonina. Hemoculturas sem isolamento de agente. Radiografia de tórax com aumento do índice cardiotorácico e derrame pleural esquerdo moderado. Electrocardiograma em ritmo sinusal com bloqueio completo de ramo direito. Ecocardiograma com derrame pericárdico circunferencial moderado (16 mm junto à parede livre ventrículo esquerdo, 15 mm posterior e 8 mm junto à parede livre do ventrículo direito) e estenose aórtica moderada, sem vegetações. Admitido o diagnóstico de Síndrome de Dressler e iniciada colquicina e aspirina, com boa evolução clínica.
Discussão: Apesar de ser uma entidade rara, clínica compatível com pericardite com ou sem poliserosite após colocação de dispositivo cardíaco deverá sempre suscitar esta hipótese diagnóstica.

P n.º 0043

Enteropatia associada ao olmesartan: uma complicação rara do tratamento de uma doença comum

Francisco Vara Luiz(1);Ana a Albuquerque(1);José Alberto Ramos(1);Mariana Dias Pais(1);Mafalda Sequeira(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Os antagonistas dos recetores de angiotensina (ARA) constituem uma classe farmacológica importante no tratamento da hipertensão arterial (HTA). A administração do olmesartan tem sido associada a uma enteropatia sprue-like, com diarreia crónica, dor abdominal e perda de peso. O mecanismo de lesão parece resultar de inflamação imunomediada, semelhante à intolerância ao glúten na doença celíaca, sendo o achado histológico mais frequente a atrofia de vilosidades.
Caso clínico: Mulher de 75 anos, com história de HTA medicada com olmesartan e hidroclorotiazida, recorre ao serviço de urgência por quadro com três meses de evolução de diarreia aquosa, cerca de três a quatro episódios por dia, sem sangue, muco ou pus. Associadamente, refere dor abdominal tipo cólica e perda ponderal de cerca de 20%. O exame objetivo à admissão revelou hipotensão ortostática e atrofia das massas musculares, tendo sido internada para estudo etiológico e correção de distúrbios iónicos. Realizou avaliação analítica nomeadamente com função tiroideia, estudo de malabsorção, serologias para a doença celíaca e autoimunidade, sem alterações. Foi solicitado estudo das fezes com calprotectina fecal, coproculturas, pesquisa de ovos e parasitas e pesquisa de C.difficile, negativos. Fez colonoscopia, que não evidenciou alterações macroscópicas, com biópsias do ileon, que revelaram atrofia inespecífica das vilosidades. Desde o início do internamento foi suspensa terapêutica com olmesartan com melhoria do quadro, apenas uma dejeção diária de consistência pastosa, sem dor abdominal associada. A doente teve alta com indicação para substituir o ARA por outra classe farmacológica.
Discussão: A maioria dos casos de enteropatia sprue-like foram associados ao olmesartan, cujo início de sintomas pode variar de meses a anos após o seu início. Contudo, foram descritos casos desta entidade relacionada com outros ARA, persistindo a dúvida se constitui um efeito adverso de classe ou de um fármaco particular. Embora rara, esta entidade deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de diarreia num doente com HTA a realizar ARA, após outras causas terem sido previamente despistadas. A sua descontinuação leva a cessação sintomática completa em dias e recuperação histológica em três a doze meses, constituindo prova terapêutica.

P n.º 0045
É só uma pericardite?
Sandra Sepulveda(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

H71,-- dor torácica tipo ardor com agravamento em decubito dorsal e à inspiração profunda aos três teve febre, esteve na privada com Dx de Pericardite aguda e medicado com ibuprofeno 600mg x 3.
Mantém febre e dor torácica pelo que recorreu ao SU CHUA.

A.P: N. de Angola vive em Portugal há 4 anos. Ref paludismo crónico com vários episódios. Desde que chegou a Portugal um episódio há 1 ano fez co-artem.
-Trabalha em oficina de pintura de carros, exposição com ovelhas e cabras. Come habitualmente queijo fresco artesanal destas cabras. tem um gato
HTA n.med, ex-fumador > 40 anos

EO febril T 38ºc sob ibuprofeno PA 150/75 mmHg FC 72 bpm
AC com S1eS2 ritmicos, sem alt
AP com MVM, fervores bibasais

Analises: Hg 110; Leuc 8.4; Plaq 237000; NA 136; K 4.8; Cl 100; BUN 19; Creat 1.4; PCR 158
Biomarcadores com hs-cTnI 13; NTproBNP 1053 e D-Dimeros 1053
ECG: RS, FC 82bpm, lig supraST concavo inferior e lateral com infraPQ. aVR com lig supraPQ.
EcoTT: VE não dilatado com lig hipertrofia do SIV, mantendo boa função sistolica global e segmentar. IM ligeira. VAo fibrocalcificada mas com boa abertura. Sem outras valvulopatias. VD com boa função sistolica com TAPSE 22mm. Derrame pericardico ligeiro a moderado (Posterior em PLAX 13-15mm + Inferior em PSAX 8mm + adjacente ao VE em SC e A4C 12mm + adjacente a AD em SC 8mm + adjacente ao VD em SC 5mm), sem comprom. das cavidades dtas mantendo sem colapso em diastole, tem variabilidade respi significativa nos fluxos transtricuspide, transmitral e transaortico. VCI não dilatada com normal colapso inspiratorio.
Dx
Pericardite aguda com febre recorrente apesar da terapeutica AINE mantida
Sem sinais clinicos (triade de beck) ou ecocardiografico de comprometimento das cavidades direitas
Febre recorrente + PCR em cinetica ascendente
LRA pre-renal AKI I - por eventual pos-carga renal
Anál provavel febre Q (coxiella IgG positivo, Ig M inconclusivo) Serologias virais IgM negativas + serologias HIV e virus hepatotropicos negativos, Plasmodium negativo + Brucela Neg. Restante ok
Rx derrame pleural-- TC idem-- Torac 665 ml de lq pl serofibri lig hemát
Lq pleural: turvo hemático, 98% cél MNC, gli 101, LDH 224, pH 7.4, Prot totais 5, CT 86, TG 40, ADA 62, Amilase 36, Album 2.8 -> Caracteristicas de exsudado com ADA elevado
Hx Dx: TBC? Poliserosite? Coxiella?
Inicia cipro + doxi 14d
ac de Coxiella - IGRA +

Conc: recorrência febre procurar outra causa

P n.º 0050

Síndrome de Brugada: padrão escondido.

Ines da Cunha Macedo Conde(1);Rodrigo Silva(1);Fernando Mané(1);Rui Flores(1);Carla Marques Pires(1);Paulo Medeiros(1);Mónica Dias(1);Sofia Fernandes(1);Alberto Salgado(1);Juliana Martins(1);Cátia Oliveira(1);Sérgia Rocha(1);Sónia Magalhães(1);Carina Arantes(1);Catarina Quina-Rodrigues(1);Jorge Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO:
O Síndrome de Brugada é uma canalopatia hereditária rara que predispõe a fibrilhação ventricular e morte súbita cardíaca, na ausência de cardiopatia estrutural. O diagnóstico baseia-se num padrão eletrocardiográfico específico nas derivações V1 a V3, espontâneo ou após provocação farmacológica. A maioria dos doentes são assintomáticos, sendo muitos deles diagnosticados em rastreio familiar. Nos sintomáticos, as principais queixas são palpitações e síncope, que podem ser exacerbadas por febre, álcool ou fármacos. Também se pode apresentar com morte súbita, maioritariamente durante a noite.
CASO CLÍNICO:
Doente de 35 anos, sexo masculino. Sem antecedentes patológicos de relevo. Sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por episódios de lipotimia. Referia episódios frequentes de palpitações, sem relação com o esforço. Sem outras queixas.
Eletrocardiograma com derivações modificadas apresentava alterações sugestivas de padrão de Brugada tipo 2. Ecocardiograma transtorácico excluiu cardiopatia estrutural. Teste de provocação farmacológica com *Ajmalina* com desenvolvimento de padrão de Brugada diagnóstico (tipo 1) aos 3 minutos de perfusão. Realizou estudo eletrofisiológico para estratificação de risco arrítmico, com estimulação ventricular programada negativa.
Implantado registador de eventos que, até à data, registou múltiplas activações por sintomas desde a implantação mas sem registo de alterações significativas. Explicado ao doente a importância do controlo agressivo da febre, evicção de álcool e lista de fármacos que devem ser preteridos. Aguarda resultado de estudo genético.
DISCUSSÃO:
A implantação de cardiodesfibrilhador implantável está recomendada em casos de morte súbita abortada ou arritmia ventricular, e pode ser considerada em casos de síncope não explicada. Em assintomáticos, sem outros fatores de risco de morte súbita, é lícito manter vigilância clínica e eventualmente implantação de registador de eventos.

P n.º 0051

Miocardite em tempos de COVID: pela doença ou pela cura.

Ines da Cunha Macedo Conde(1);Rodrigo Silva(1);Fernado Mané(1);Rui Flores(1);Carla Marques Pires(1);Paulo Medeiros(1);Mónica Dias(1);Sofia Fernandes(1);Alberto Salgado(1);Juliana Martins(1);Cátia Oliveira(1);Catarina Quina-Rodrigues(1);Jorge Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO:
A infeção por SARS-CoV-2 pode ter importantes complicações cardiovasculares. Pode causar miocardite quer por lesão celular direta do vírus no cardiomiócito, quer pela resposta inflamatória amplificada. Miocardite é um potencial efeito adverso da vacinação, sendo particularmente incidente em adolescentes e jovens do sexo masculino. No entanto, o risco de miocardite após infeção por SARS-CoV-2 é muito mais frequente do que após vacinação.

CASO CLÍNICO:
Doente de 20 anos, sexo masculino. Sem antecedentes patológicos de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de desconforto torácico esquerdo, de caráter opressivo, despoletado por esforço intenso, exacerbado com inspiração profunda e aliviado pela inclinação anterior do tronco.
Marcadores de necrose do miocárdio elevados, em perfil ascendente. Eletrocardiograma com onda T bifásica em V2 e V3. Tinha tomado há 1 mês a primeira dose de vacina para SARS -CoV-2. Teste COVID de rastreio na admissão positivo. Ecocardiograma com boa função sistólica biventricular, sem alterações da cinética segmentar. Ressonância magnética cardíaca 3 semanas após a alta mostrou cavidades cardíacas de dimensões normais com função sistólica biventricular conservada, sem fibrose / necrose miocárdica.
Na alta explicada necessidade de restrição do exercício fisico e evicção de estimulantes, como café, álcool, drogas e bebidas energéticas, durante pelo menos 6 meses. Orientado para consulta de Cardiologia. Ecocardiograma de reavaliação confirmou boa função sistólica biventricular. Realizou prova de esforço 6 meses após o evento agudo, sem alterações e com boa capacidade funcional.

DISCUSSÃO:
Tendo em conta a sobreposição temporal da miocardite com a infeção por SARS-CoV-2, não se pode excluir relação de causalidade. Por outro lado, pela proximidade com a toma da vacina, não se pode excluir que se trate de um efeito adverso da mesma, apesar de este risco ser superior após a segunda toma da vacina.

P n.º 0053

Quando o trabalho nos deixa de coração partido

Ines da Cunha Macedo Conde(1);Rodrigo Silva(1);Fernando Mané(1);Rui Flores(1);Carla Marques Pires(1);Paulo Medeiros(1);Alberto Salgado(1);Juliana Marques(1);Cátia Oliveira(1);Catarina Quina-Rodrigues(1);Jorge Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO:
A Síndrome de Takotsubo é caracterizada por uma alteração temporária da cinética segmentar do ventrículo esquerdo, que se estende por mais do que um territórios de distribuição vascular epicárdica. A clínica assemelha-se a uma síndrome coronária aguda. Geralmente, é precedido por um evento desencadeante emocional, físico ou ambos.

CASO CLÍNICO:
Doente de 53 anos, sexo feminino. Sem fatores de risco cardiovascular conhecidos. Antecedentes de carcinoma da mama há alguns anos, submetida a mastectomia radical e terapêutica adjuvante. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica retroesternal intensa, opressiva, com irradiação para a mandíbula. A dor surgiu na sequência de um conflito profissional, com elevada carga emocional associada para a doente.
Na admissão já sem dor. Electrocardiograma em ritmo sinusal, sem alterações ST-T de novo. Elevação dos marcadores de necrose do miocárdio. Ecocardiograma transtorácico que mostrou função sistólica global biventricular conservada e hipocinésia do apéx, segmentos distais da parede lateral e segmentos médio-distais da parede inferior. Cateterismo cardíaco não mostrou doença das artérias epicárdicas. Realizou durante o internamento RMN cardíaca que mostrou cavidades cardíacas de dimensões normais com função conservada, hipocinésia localizada ao segmento apical da parede lateral, sem fibrose / necrose miocárdica. Para se confirmar o diagnóstico de Síndrome de Takotsubo será necessário confirmar a reversibilidade das alterações da cinética segmentar nos exames de reavaliação após a alta.

DISCUSSÃO:
São escassos os dados relativos à sobrevida a longo prazo destes doentes. O uso de bloqueadores do eixo renina-angiotensina associou-se a melhoria da sobrevida, mas o uso de beta bloqueadores não mostrou qualquer benefício. Pela sua associação com patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão e ansiedade, parece existir benefício na gestão adequada destas comorbilidades na prevenção da recorrência.

PALAVRAS-CHAVE:
Takotsubo; Broken heart syndrome.

P n.º 0056

Imunodeficiência Comum Variável: estudo etiológico de bronquiectasias

Diogo Duarte Dias(1);Sandra Lucas(1);Filipe Alfaiate(1);Andreia Bernardino(1);Manuel Torres(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: Apresenta-se um caso de imunodeficiência comum variável (ICVD) diagnosticado em contexto de estudo etiológico de bronquiectasias num indivíduo jovem. É uma patologia pouco frequente, 4279 casos de Europa, mas considerada sub-diagnosticada. Dada a grande variabilidade das manifestações clínicas, é uma condição transversal a várias especialidades, mas cujo diagnóstico tende a ser tardio.
CASO CLÍNICO: Homem, 43 anos, fumador, antecedentes de episódios frequentes de conjuntivites, otites, infeções do trato respiratório superior, dermatomicose e sinusite. Doente encaminhado para consulta após dois episódios de pneumonia adquirida na comunidade com necessidade de internamento no intervalo de um ano. No segundo internamento foi realizada tomografia computorizada torácica revelando bronquiectasias. Doente foi encaminhado para consulta. Do estudo destaca-se: uma marcada diminuição das imunoglobulinas (imunoglobulina A, M e G indoseáveis), pesquisa de anticorpos e défice alfa-1 antitripsina negativa. Foi por isso encaminhado para consulta de Imuno-Alergologia onde iniciou reposição de imunoglobulinas. Foi testada resposta vacinal, constatando-se baixo título de anticorpos.
DISCUSSÃO: A ICVD é uma entidade pouco comum apesar de fazer parte das entidades a excluir no estudo de bronquiectasias. As suas manifestações são heterogéneas. Os doentes podem vaguear por várias especialidades antes de chegar ao diagnóstico. A Medicina Interna é a melhor posicionada para chegar ao diagnóstico. Estes doentes além de infeções dos vários sistemas podem também desenvolver doenças autoimunes e linfoproliferativas.

P n.º 0064

COVID Pró-trombótico: enfartes renal e esplénico síncronos

Catarina Silva Araújo(1);Martinha Fernandes Vale(1);Margarida Araújo(1);Ana Ramôa(1);Peniela Couto(2);Isabel Apolinário(1);Cristina Cruz da Ângela(1)
(1) Hospital de Braga (2) Hospital Central de Maputo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção SARs-CoV-2 é conhecido fator pró-trombótico venoso e arterial. O local mais vezes identificado de trombose são as artérias pulmonares, mas pode ocorrer em qualquer localização.
Caso clínico: Homem 53 anos, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial. Internado durante 3 dias por pneumonia SARS-CoV-2 com insuficiência respiratória tipo 1. No internamento diagnosticada doença renal crónica, com atrofia renal assimétrica (mais à direita): orientado para consulta para estudo etiológico. Vem ao SU 6 dias após a alta por dor lombalgia limitativa, em cólica, com início no dia anterior. Ao exame físico apresentava abdómen mole e depressível, com desconforto a palpação do flanco esquerdo, sem defesa ou outros sinais de irritação peritoneal; dor à percussão costocrondal esquerda. Analiticamente com agravamento da função renal, (ureia 80mg/dL, creatinina sérica 3,0mg/dL) elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 159,9 mg/dL, leucócitos 16,7x103) e D-dímeros 1657ng/ml. Urina com proteinúria (70 mg/dL) e eritrocitúria (10 erit/uL).
A ecografia abdominal revelou assimetria e atrofia renal e duas áreas heterogéneas do parênquima no polo inferior do baço, sugestivas e áreas de enfarte. Não realizou TC com contraste pela função renal. Ficou internado por provável enfarte esplénico, medicado com enoxaparina 1mg/kg bid.
No internamento com controlo álgico precoce e melhoria da função renal após fluídos. Realizou TC abdominopélvica com contraste onde se confirma enfarte esplénico e se observam também lesões isquémicas no rim esquerdo. Considerou-se o enfarte como causa de agudização da função renal, em doença renal prévia.
Excluída endocardite. Do restante estudo etiológico nada a relevar. Considerou-se a infeção SARS-COV2 como causa pró-trombótica mais provável e teve alta medicado com edoxabano, entretanto suspenso. Mantém-se assintomático e sem novas intercorrências.
Conclusão: A infeção SARS-CoV-2 é uma causa frequente de trombose venosa e arterial. A suspeita clínica é habitualmente a chave para o diagnóstico, mas, neste caso, a ecografia foi crucial para um tratamento adequado e atempado.
Este doente cumpriu hipocoagulação durante 3 meses (interrompeu voluntariamente); discute-se o tempo de hipocoagulação em trombofilias associadas a esta infeção, que ainda não está bem definido.

P n.º 0067

Vasculite ANCA PR3 com envolvimento pulmonar: um diagnóstico desafiante

Dra. Claudemira Pinto(1);Arsénio Barbosa(1);Joana Tender Vieira(1);Maria Teresa Brito(1);Bruno Besteiro(1);Maria Inês Matos(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O sistema respiratório pode estar envolvido em todas as vasculites sistémicas, que afetam predominantemente pequenos vasos com manifestações sobretudo pulmonares e/ou renais. Apresenta-se o caso de um homem de 40 anos que em Maio de 2020 inicia quadro de epigastralgias contínuas, com gonalgia a direita, sem artrite ou rigidez. Por este motivo recorreu ao SU em junho altura em que apresentou queda de 3g de hemoglobina, tendo realizado estudo endoscópico sem alterações. Teve alta medicado com inibidor da bomba de protões. Desde então com agravamento da astenia, com perda de peso ~7Kg em 1,5 meses, associada artralgia migratória e claudicação da marcha. Recorre ao SU em 15.07 por tosse com expectoração hemoptoica com 3 semanas de evolução e anemia em agravamento (Hb 9 g/dL). Sem antecedentes pessoais relevantes. Analiticamente apresentava anemia microcítica hipocrómica, plaquetas 531.000, leucocitos 7,48x10e9/L, PCR 3,8 mg/L, com função renal normal (creatinina 0,58 mg/dL). Radiografia torácica com reforço da trama broncovascular. Baciloscopia negativa. Sem insuficiência respiratória. Sumário de urina com eritróciturIa (25,1/uL). Realizou broncofibroscopia que revelou hemorragia alveolar com queda de Hb para 7,5 g/dL, altura em que realizou 1 unidade de concentrado eritrocitário, tendo sido transferido para a Unidade Cuidados Intermédios de Medicina. Realizou Angio-TC torácico que revelou múltiplas áreas em vidro despolido de distribuição panlobular periférica e intermédia. Por suspeita de Vasculite iniciou 3 pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisolona 1mg/kg/dia. Apresentou VS aumentada de 84 mm/1ªh, com ANCA -PR3 positiva (77 U/L). Iniciou pulsos de ciclofosfamida (protocolo CYCLOPS 15mg/kg), com resolução completa das opacidades em vidro despolido, com melhoria da anemia com Hb 12,9 g/dL, neste momento em fase de desmame de corticoide (lepicortinolo 5mg/dia) com terapêutica de manutenção. Pretende-se ressaltar a importância de diagnóstico de vasculite com atingimento pulmonar, já que o início precoce de imunossupressão está associado a melhoria do prognóstico.

P n.º 0069

Dor torácica num diagnóstico diferencial atípico e raro

Bruno Besteiro(1);Helena Hipólito Reis(1);Joana Moura(2);José Pestana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) USF Freamunde

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A artrite séptica (AS) da articulação manúbrio-esternal (AME) é uma entidade muito rara representando 0,5% de todas as infeções articulares e com escassos casos descritos na literatura. A apresentação clinica é indolente e mimetizadora de outas patologias mais comuns, atrasando a marcha diagnóstica.
Apresentamos o caso de um homem de 48 anos com diabetes mellitus tipo 2 com atingimento macro e microvascular (de salientar úlcera crónica do hálux direito, tendo realizado vários cursos de antibioterapia - ATB). Recorreu várias vezes à urgência por dor torácica retroesternal e febre com 20 dias de evolução. Análises com marcadores inflamatórios elevados, ECG sem alterações e ecocardiograma transtorácico (ETT) com lâmina de derrame. Assumida pericardite aguda (PA) em todos os episódios tendo sido admitido na enfermaria por refratariedade à terapêutica. No internamento manteve persistência da clinica apesar de terapêutica tripla para PA. As hemoculturas foram positivas para Staph. aureus pelo que iniciou ATB com flucloxacilina na presunção bacteriemia com ponto de partida em infeção de pé diabético. O novo ETT confirmou ausência de vegetações ou abcessos e a RMN do pé excluiu osteomielite. Apesar de terapêutica dirigida, por persistência da febre, bacteriemia e dor torácica com aparecimento de sinais inflamato´rios locais na AME à 4ª semana de internamento, realizou RMN do esterno que demonstrou aspetos de AS da AME com osteomielite associada e vários abcessos periarticulares. O TC tórax revelou destruição óssea com interrupção cortical das vertentes articulares da AME. Discutido com Cirurgia Cardiotorácica (CCT), que não excluindo a possibilidade da excisão do segmento ósseo infectado, atendendo aos riscos da intervenção cirúrgica, sugeriu manter ATB dirigida e reavaliação às 4 semanas. Verificou-se progressiva melhoria clínica, analítica e imagiológica. Em reunião multidisciplinar, decidido manter ATB até às 12 semanas (daptomicina). Até à data com boa evolução clinica.
A AS da AME requer um alto índice de suspeição para um diagnóstico atempado, melhorar o prognóstico e evitar potenciais complicações associadas. Este caso revela como pode ser uma situação complexa no diagnóstico e na abordagem terapêutica, que não sendo consensual, se torna desafiante, exigindo uma intervenção multidisciplinar adequada.

P n.º 0074

Conteúdo gástrico bilioso exclui hemorragia digestiva alta?

Joana Formiga Viegas(1);João Pedro Araujo(1);Ana Graça Bernardino(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A população mundial tem vindo a envelhecer, aumentando a prevalência de doenças que cursam com hemorragia digestiva alta (HDA) e o consumo de fármacos que a favorecem. Perante um caso de anemia aguda com suspeita de HDA, mas sem hematemeses ou melenas, a abordagem inicial inclui a entubação nasogástrica (ENG). Se o conteúdo aspirado é bílis, é usual assumir-se que não é HDA. Embora isto seja maioritariamente verdade, não é uma regra absoluta, podendo ocorrer em casos de HDA intermitente, como se demonstra no caso apresentado.
CASO CLÍNICO: Homem, 64 anos, fumador, com hipertensão arterial, cardiopatia isquémica com disfunção segmentar e doença hepática crónica etanólica. Internado por insuficiência cardíaca descompensada por infeção respiratória, quadro que se resolveu rapidamente. Nos 1ros dias de internamento, contudo, surgiu anemia grave (Hb 12.7→5.6g/dL), sendo esta ferropénica. Não teve hematemeses e referia dejeções diárias incaraterísticas. Colocou ENG com drenagem de grande quantidade de bílis esverdeada. Fez enema de limpeza, sem melenas. Fez transfusão de 3 unidades de concentrado eritrocitário (UCE), sem subida da Hb. Pedida endoscopia digestiva alta (EDA), esta foi recusada, sendo sugerido excluir hemorragia intra-abdominal. A TC excluiu-a. No dia seguinte repetiu o enema de limpeza, agora com saída de grande quantidade de melenas. Fez EDA, com úlcera Forest IIa gigante da pequena incisura, tendo feito cauteterização endoscópico. Nos dias seguintes alternou estabilidade com descida da Hb, sugerindo HDA intermitente. Fez cauteterização endoscópica mais 2 vezes e necessitou dum total de 11 UCE. As biópsias da úlcera evidenciaram extensa metaplasia intestinal completa.
DISCUSSÃO: No caso apresentado o doente tinha HDA ativa e, em plena descida da Hb, o conteúdo gástrico era exclusivamente bilioso, comprovando-se posteriormente HDA intermitente. Deve assim encarar-se com precaução a presunção que conteúdo bilioso na lavagem gástrica exclui HDA.

P n.º 0077

Terapêutica oral na Endocardite Infeciosa – relato de um caso

JOANA FILIPA AZEVEDO SAMPAIO DIZ SUBTIL(1);Ana Filipa Rebelo(2);Fernando Salvador(2)
(1) Sem Indicação (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A endocardite infeciosa constitui uma patologia com elevada taxa de morbimortalidade, conduzindo a ciclos de antibioterapia e tempos de internamento frequentemente prolongados.

Caso Clínico:
Doente, sexo feminino, 76 anos, antecedentes de HTA e depressão, recorreu ao SU por quadro de desorientação. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente com Na+ 125, Glicose 185, HbA1C 7.9%. Admitida ao internamento por hiponatremia e DM tipo 2 inaugural. Começou com febre ao D1 de internamento, tendo colhido rastreio séptico e iniciado antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico. Ao D3 mantinha febre e apresentou isolamento de MSSA nas hemoculturas. Realizou ecocardiograma que confirmou presença de vegetação na válvula aórtica. Diagnosticada com endocardite infeciosa (2 critérios major), alterada antibioterapia para flucloxacilina endovenosa, que cumpriu por 15 dias. Realizou ecocardiograma transesofágico que excluiu a existência de abcesso ou deformidade valvular que exigisse tratamento cirúrgico. Perante estabilidade clínica da doente, decidiu-se trocar para regime de tratamento oral, tendo alta para domicílio com amoxicilina 1g 6/6h e rifampicina 600mg 12/12h durante 15dias. Reavaliada em consulta, repetiu ecocardiograma que mantinha imagem sugestiva de vegetação. Prolongada antibioterapia por mais 15 dias. Ao todo cumpriu 45 dias de antibioterapia (15 dias endovenosa + 30 dias oral). Repetiu hemoculturas durante o tratamento e no final, sempre negativas. Passou a ser seguida em consulta externa de Medicina, sem complicações no último ano.

Discussão:
Em casos específicos, onde está presente estabilidade clínica após 2 semanas de antibioterapia endovenosa e é excluída complicação com ecoTE, a troca para antibioterapia oral na endocardite infeciosa está preconizada, apresentando a mesma eficácia, reduzindo custos associados a internamentos prolongados.

P n.º 0078

Toxicidade das Estatinas – como prevenir?

Catarina Elias(1);João Rocha(1);Sérgio Madureira(1);Rita Gouveia(1);Helena Rocha(1);Ana Neves(1);Mariana Matos(1);Vanessa Chaves(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Outro

Introdução: A prevalência da toxicidade a estatinas é cerca de 30% e apresenta-se mais frequentemente como sintomas musculares, geralmente ligeiros, mas com espectro largo de gravidade, da mialgia à rabdomiólise.
Caso Clínico: Mulher de 54 anos com doença hepática crónica multifactorial – abuso de álcool, infecção crónica por vírus hepatite B (VHB) e esteato-hepatite não alcoólica com suspeita de hipercolesterolemia familiar – sem estigmas de hipertensão portal ou episódios de descompensação prévios. Ainda fibrilação auricular a aguardar ablação. Medicada com atorvastatina 80 mg (iniciada em julho 2020), ezetimibe 10 mg e edoxabano 60 mg.
Recorreu ao serviço de urgência em setembro 2020 por queixas de mialgias, dificuldade na deambulação e gengivorragias. Analiticamente apresentava trombocitopenia agravada (82 000 plaquetas/uL), lesão renal aguda (LRA), agravamento da citocolestase e hiperbilirrubinemia, coagulopatia e rabdomiólise – mioglobina >12000 ng/mL e CK 24286 U/L. Internada no serviço de medicina intensiva.
Apresentou critérios de falência hepática aguda e necessidade transitória de terapêutica de substituição de função renal por evolução da LRA com anúria, posteriormente com recuperação da diurese e evolução favorável da hepatite. Realizou biópsia hepática transjugular que mostrou fibrose portal ligeira com esteatose multifocal e sinais de infecção VHB. Foram excluídos consumos etílicos activos.
Portanto, doente com falência hepática aguda em crónica e rabdomiólise com LRA secundária em relação com início de estatina, com evolução clínica e analítica favorável, com terapêutica de suporte. Foram suspensos os fármacos hipolipemiantes, a aguardar reavaliação de perfil lipídico em ambulatório. A decisão de início de tratamento da hepatite B foi diferida para ambulatório.
Discussão: Apresentamos um caso de efeitos adversos graves decorrentes de início de terapêutica com estatina, com resolução com suporte de órgão e suspensão de medicação. Este caso alerta-nos para o papel relevante de monitorização com enzimas musculares dos doentes a quem é iniciada terapêutica. Coloca ainda a questão da possibilidade de iniciar tratamento com inibidor da PCSK9 em doentes com hipercolesterolemia grave que apresentaram efeitos laterais importantes da terapêutica com estatina.

P n.º 0081
Uma inesperada causa de diarreia
Juliana Magalhães(1);Inês Antunes(1);Wildemar Alves Costa(1);Ivone Barracha(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças oncológicas

Os carcinomas neuroendócrinos (NEC's) são neoplasias raras e heterogéneas, que se desenvolvem a partir das células do sistema endócrino difuso.
Apresenta-se o caso de um homem de 48 anos, sem antecedentes ou medicação habitual, que recorreu ao SU por diarreia, dor abdominal e meteorismo, com dois meses de evolução e de agravamento progressivo, associado a febre e perda ponderal. Na observação apresentava pele e mucosas anictéricas, abdómen globoso com hepatomegalia palpável e dor no mesogastro e flanco direito. Analiticamente apresentava citocolestase. A TC-AP revelou "Fígado com dimensões aumentadas, parênquima heterogéneo, múltiplos nódulos hipodensos suspeitos, alguns confluentes". Ficou internado para estudo, do qual se salienta: serologias virais negativas, exames microbiológicos e parasitológicos negativos, RM-AP que revelou "um padrão de nódularidade hepática em largada de balão com múltiplos nódulos suspeitos"; EDA e colonoscopia sem alterações. No internamento, por agravamento do quadro clínico com icterícia e colúria e analiticamente com agravamento da colestase com hiperbilirrubinémia conjugada repetiu TC-AP que revelou: "vesicula distendida, com espessamento parietal do corpo e região fúndica, em relação com colecistite crónica ou com neoformação (...) adenomegalias necróticas do hilo hepático, traduzindo disseminação ganglionar". Realizou CPRE que mostrou compressão extrínseca das vias biliares, tendo-se feito citologia (que não revelou atipia celular) e colocação de prótese biliar. Foi assim encaminhado para realização de biópsia hepática que revelou "carcinoma neuroendócrino de pequenas células". Manteve seguimento em consulta de Oncologia, com deterioração clínica progressiva tendo falecido 20 dias após o diagnóstico.
Os autores apresentam este caso pela importância do diagnóstico precoce dos NEC's, tipicamente estes apresentam-se já em estado avançado e um comportamento biológico muito agressivo, pelo que é importante um elevado índice de suspeita.

P n.º 0082

Derrame pleural como forma de apresentação de doença linfoproliferativa B

João Pedro Araújo(1);Sara Mateus Mahomed(1);Joana Formiga Viegas(1);Ana Graça Bernardino(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A maioria dos derrames pleurais (DPs) são transudativos e 2rios a Insuficiência cardíaca. Os DPs exsudativos têm como 2ª causa mais frequente a neoplasia maligna, sendo o 1º sinal da doença em ±10% dos doentes e associando-se a pior prognóstico. Os DP malignos associam-se maioritariamente ao cancro do pulmão (37.5%) e da mama (16.8%) e a linfomas (11.5%), sendo estes quase sempre linfomas de células T. Nos doentes com linfoma, 20-30% irão ter DP no curso da doença. O DP como forma de apresentação do linfoma, no entanto, é raro, sobretudo no imunocompetente (IMC) .
CASO CLÍNICO: Homem, 77 anos, com cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular. Um mês antes iniciou dispneia de esforço de agravamento progressivo, ortopneia e agravamento do edema habitual dos membros inferiores. Na altura foi diagnosticado DP direito. Posteriormente iniciou confusão e alucinações visuais, sendo internado. A TC torácica nesta altura revelou infiltrados alveolares bilaterais e DP bilateral, muito volumoso e loculado à direita. Analiticamente com anemia ferropénica grave (Hb 6.3g/dL), leucocitos 16000/mm3, PCR 11mg/dL e insuficiência respiratória parcial. Sendo o DP organizativo, assumiu-se ser exsudativo. Ponderaram-se DP metapneumónico (pela elevação dos parâmetros inflamatórios), neoplásico (pela idade e anemia ferropénica) ou 2rio a doença inflamatória sistémica (por ter tido quadro pleuropulmonar semelhante 5 anos antes). Não houve melhoria com ceftriaxone e azitromicina, mas ocorreu remissão de todo o quadro com a introdução de prednisolona (PDN) EV 1mg/Kg/d. O estudo imunológico foi, no entanto, negativo. Entretanto fez toracocentese evacuadora de 1750cc de líquido exsudativo, no qual se isolou moderada a grande quantidade de linfócitos CD20+, sugerindo doença linfoproliferativa B, podendo a boa resposta aos corticoides ser neste contexto.
DISCUSSÃO: No presente caso, o doente tinha Insuficiência cardíaca. O DP ser loculado, porém, tornava impovável a etiologia cardíaca. A neoplasia parecia mais provável, mas a resposta à PDN sugeria doença inflamatório sistémica, podendo também enquadrar-se num linfoma. Embora este represente a 3ª causa de DP neoplásico, raramente é de células B e raramente é a forma de apresentação do linfoma, particularmente no doente IMC, como neste caso.

P n.º 0083

Síndroma nefrótico secundário a glomeruloesclerose segmentar variante "tip lesion"

Margarida Silva Cruz(1);Lígia Rodrigues do Santos(1);Rui Abreu(1);Vera Ferraz Moreira(1);Carlos Botelho(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças renais

Introdução: A glomeruloesclerose segmentar e focal representa 1/3 dos casos de síndrome nefrótico nos adultos e caracteriza-se por cicatrizes glomerulares que envolvem alguns glomérulos. Dentro das variantes descritas a “tip lesion” associa-se a melhor prognóstico. Pode ser primária ou secundária e pode cursar com proteinúria numa faixa variável, hipertensão, hematúria e insuficiência renal. A biopsia faz o diagnóstico.
Caso Clínico: Homem, 56 anos, caucasiano, antecedentes HTA medicado com ARA-II. Recorreu ao SU por quadro de diminuição do débito urinário com uma semana de evolução, sem disúria ou polaquiúria, associado a aparecimento de edema escrotal, membros inferiores e ortopneia. Ao exame físico constatada anasarca. Analises com Hb 16.7g/dL, VS 34mm, ligeira retenção azotada (sCr 1.64mg/dL sU 103mg/dL) hipoalbuminémia (1.5g/dL); e dislipidemia (CT 234 mg/dL;CLDL: 156 mg/dL). Urina II: >4g/L proteínas; Sedimento urinário: 8-12 cilindro hialinogranulados/campo. Proteinúria maciça: 28.88gr/24h. Estudo imunológico: IgG diminuída; C3 e C4 normais, ANA e anti-DS-DNA e anticorpos anti-fosfolipidicos negativos. Doseamento cadeias leves séricas e urinárias: sem alterações. Serologias víricas VHB, VHC E VIH negativas. Sem crioglobulinas circulantes. Marcadores tumorais: negativos. Ecografia renal: rins normais. TAC Toraco-abdomino-pélvica com evidência de poliserosite, EDA e EDB: sem alterações de relevo. Com a terapêutica instituída (restrição salina, HBPM, reposição de albumina, terapêutica diuretica, hipolipemiante e inibidores do SRA) - resolução do quadro edematoso (perda de 9Kg) e melhoria da função renal. Efetuou bióspia renal com lesões de glomeruloesclerose segmentar variante “tip lesion”. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com boa evolução clínica e laboratorial, aos 5 meses apresentava remissão parcial, mantém follow up em Consulta de Nefrologia.
Conclusão: A GESF raramente regride espontaneamente, no entanto, a regressão da proteinuria induzida pelo tratamento associa-se a melhor prognóstico. Fatores como a proteinuria nefrótica e insuficiência renal associam-se a pior prognóstico com 50% dos doentes a desenvolver insuficiência renal terminal em 6-8anos. Com este caso os autores fazem uma revisão da abordagem diagnóstica e terapeutica desta entidade nosologica.

P n.º 0091

AVC recorrente secundário a mielofibrose primária com mutação JAK2 V617F

Ana Graça Bernardino(1);Joana Formiga Viegas(1);João Pedro Araújo(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: As neoplasias mieloproliferativas (NMPs), onde se inclui a mielofibrose primária (MFP), associam-se frequentemente à mutação JAK2 V617F, sendo esta associação de 60% na MFP. A JAK2 (Janus kinase 2) tem recetores celulares para algumas citoquinas (eritropoietina, trombopoietina, fator estimulador das colónias de granulócitos, etc) e algumas hormonas (do crescimento, etc); quando ativada, como acontece na mutação JAK2 V617F, ocorre produção excessiva de células mieloides maduras. As NMPs associam-se a maior risco trombótico, podendo os eventos trombóticos anteceder o diagnóstico da NMP em 1-3 anos. Os eventos trombóticos afetam sobretudo o território esplâncnico e menos frequentemente o cardiovascular (CV); o acidente vascular cerebral (AVC) é o mais frequente dos eventos CVs.
Caso clínico: Homem, 59 anos, ex-fumador, com neoplasia da laringe operada em 2012 (traqueostomizado), tendo feito radioterapia (RT). Internado por AVC isquémico, manifestado por disartria e parésia do membro superior direito. Analiticamente a realçar Hb 7.1g/dL, VGM 102fL, leucócitos 8500/mm3 (N 7340/mm3, L 760/mm3), plaquetas 734000/mm3, esfregaço de sangue com agregados plaquetários, índice reticulocitário 1.0, ferro 213ug/dL (33-193), CTFF 356ug/dL (250-450), sat. transferrina 60% (26-42), ferritina 172ng/mL (13-150), TSH 17uU/mL (0.3-4.2) e FT4 0.6ng/dL (0.85-1.75). Os anticorpos antitiroideus foram negativos e a ecografia tiroideia não tinha sinais suspeitos de malignidade. Admitiu-se hipotiroidismo 2rio à RT. Recuperou parcialmente do AVC. Nas semanas seguintes a trombocitose agravou (até 2.359.000/mm3); iniciou hidroxiureia, com normalização da contagem plaquetar. Dois meses depois teve novo AVC isquémico. Nesta altura diagnosticou-se NMP com características de MFP, com mutação JAK2 V617F.
Discussão: A incidência de eventos CVs trombóticos major é semelhante na MFP e na trombocitémia essencial. À semelhança do descrito na literatura, no caso apresentado os eventos trombóticos antecederam o diagnóstico de MFP e não tiveram relação com a contagem plaquetar. O caso realça a importância do rastreio de NMP / mutação JAK2 em casos de AVC isquémico de etiologia não esclarecida, sobretudo se com trombocitose. Isto apesar da MFP manter mau prognóstico, mesmo se precocemente diagnosticada e tratada.

P n.º 0093

Telangiectasias, Epistáxis e Anemia grave: Um alerta para o Síndrome de Osler-Weber-Rendu

Margarida Silva Cruz(1);Lígia Rodrigues Dos Santos(1);Vera Ferraz Moreira(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária, é uma displasia fibrovascular grave de transmissão autossómica dominante, com amplo expecto de manifestações. Telangiectasias mucocutâneas, epistaxis, hemorragia digestiva, anemia ferripriva e malformações arteriovenosas sistémicas constituem achados comuns. O diagnostico assenta em achados clínicos, documentação de MAV e história familiar 1ºgrau. O tratamento é sobretudo de suporte. Em situações particulares poderá estar indicada terapêutica com lazer, embolização, cirurgia ou imunomodelação. O prognostico é variável mediante reconhecimento e abordagem desta entidade.
Caso Clinico: Homem, 66anos, anemia ferropénica com 1ano de evolução, história de epistáxis e gengivorragias desde a infância, estudo endoscópico a documentar angiectasias gástricas e duodenais. Acresce história familiar de epistáxis frequentes e irmã com diagnóstico de SOWR. Admitido por quadro de astenia, epistáxis e gengivorragias agravadas com 2 semanas de evolução. Analises com anemia grave(Hb4,2g/dL), hipocrómica e microcítica. Hipoproliferativa. Cinética do ferro compatível com ferropenia. ESP com anisocitose, microcitose, hipocromia, policromatofilia, raras células em alvo. Efetuado suporte transfusional com eficácia. Avaliado por ORL, tendo sido objetivadas, múltiplas telangiectasias dispersas pela mucosa nasal, da boca, língua e orofaringe, sem hemorragia ativa. Internado para vigilância clínica e estudo etiológico. Para despiste de MAV, realizou TAC-TAP que revelou shunts arteriovenosos a nível hepático, angiodisplasia na parede da segunda porção do duodeno e ansa ileal distal. Dada a clínica, epistáxis e gengivorragias, a presença de telangiectasias mucocutâneas na face e mucosa oral (locais caraterísticos), envolvimento visceral (angiectasias gástricas e duodenais e shunts arteriovenosos hepáticos) e história familiar 1º grau foi assumido o diagnostico de SOWR. No internamento manteve episódios autolimitados de epistáxis e gengivorragias, sem outras perdas hemáticas, com estabilidade hemodinâmica e melhoria da astenia. Realizada terapêutica com ferro ev, tendo tido alto orientado para consulta de Gastroentrologia.
Conclusão: Através deste caso os autores alertam para este entidade clínica e fazem uma breve revisão da mesma.

P n.º 0094

INFEÇÃO INVASIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS – UM DESAFIO TERAPÊUTICO

Joana Vasconcelos(1);Andreia Mandim(1);Ana Sofia Silva(1);Sara Moreira Pinto(1);Luísa Eça Guimarães(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As infeções por Staphylococcus aureus (S. aureus) estão entre as mais frequentes quando falamos de indivíduos regularmente consumidores de drogas endovenosas.
Relata-se aqui o caso de um homem de 51 anos, com coinfecção por vírus da hepatite B e C não tratada e consumidor ativo de heroína endovenosa, que recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução de edema das mãos e joelho direito; associadamente com queixas de mal-estar geral e mialgias. Objetivamente apresentava-se febril, ictérico, com sopro sistólico grau II/VI mais audível no ápex cardíaco, com múltiplas lesões nas fossas cubitais bilateralmente - correspondentes aos locais de inoculação de droga; e edema de ambos os punhos. Do estudo realizado inicialmente, a destacar elevação franca dos parâmetros inflamatórios, citocolestase, hiperbilirrubinémia à custa da direta e INR ligeiramente aumentado. Realizou tomografia computorizada abdómino-pélvica que não mostrou alterações de relevo.
Doente foi internado para estudo de febre sem foco. Do estudo subsequente, documentada positividade para S. aureus multissensível em hemocultura, persistente, tendo o doente iniciado antibioterapia com flucloxacilina e clindamicina. Além da bacteriémia, apresentou um predomínio de focalização cutânea, subcutânea e articular, com necessidade de drenagem de múltiplos abcessos (punho, mão, antebraço e abdómen). Decorrentes da acentuada cascata inflamatória, desenvolveu insuficiência cardíaca aguda, acompanhada de polisserosite e pericardite com derrame pericárdico de moderado volume; fleimão cervical e parotídeo com risco de obstrução da via aérea; bem como síndrome nefrítico. Cumpriu um total de 7 semanas de antibioterapia endovenosa eficaz, com estabilidade clínica, hemodinâmica e controlo de foco, suspendendo a antibioterapia em ambulatório de acordo com os dados clínicos e analíticos.
Este caso constituiu um desafio diagnóstico, pelas múltiplas focalizações e complicações, mas sobretudo terapêutico pela ausência de timings bem definidos.
Em suma, as infeções bacterianas invasivas constituem um desafio, pelo risco de atingimento de múltiplos órgãos com consequente risco de falência multiorgânica.

P n.º 0096

Síncopes de repetição – um Insulinoma em ação

Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Telma Martins(1);Margarida Brito Monteiro(1);Ricardo Fonseca(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1);Martim Trovão Bastos(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Insulinomas são tumores raros secretores de insulina, resultando na sua produção inadequada. Condicionam episódios de hipoglicemia, mais caracteristicamente em jejum, compostos pela tríade de Whipple – sintomas de hipoglicemia (tremores, sudorese, irritabilidade, fraqueza e em casos mais graves perda de consciência), glicémia <55 mg/dL e resolução dos sintomas com administração de glucose.
Caso: Mulher de 73 anos, caucasiana, com hipertensão arterial e dislipidemia medicadas, foi admitida no serviço de urgência por lipotimia precedida de sensação inespecífica de mal-estar, sudorese e tremores. Apurou-se recorrência destes episódios nos últimos dois anos, alguns com síncope associada, sem investigação dirigida. Negava história de fármacos hipoglicemiantes. Na triagem, glicémia capilar de 70 mg/dL; reavaliação de 53 mg/dL 15 minutos após administração de uma fórmula de glucose 30% oral e 29 mg/dL 30 minutos após nova administração, sendo administradas quatro fórmulas de glicose hipertónica endovenosa. Manteve sempre GCS 15. Analiticamente, após jejum vigiado destaca-se doseamentos elevados de insulina endógena (70,5 microUI/L) e de péptido C (4,0 µg/L) com pesquisa de sulfonilureias plasmáticas negativas. A tomografia computorizada abdominal mostrou com nódulo sólido na cauda pancreática, hipercaptante de contraste na fase arterial, com 15 mm de diâmetro, de limites bem definidos. Perante os achados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, foi assumido diagnóstico de insulinoma e a doente foi submetida a enucleação do tumor do pâncreas, sem novos episódios de hipoglicemias nos seis meses posteriores.
Discussão: Apesar de raros, os insulinomas devem ser considerados no diagnóstico diferencial de hipoglicemias, sobretudo se em jejum. Pelo risco de sintomas neuroglicopénicos o seu diagnóstico torna-se essencial. A exclusão de causa factícia é determinante no tratamento, bem como a exclusão de MEN1 (neoplasia endócrina múltipla tipo 1) e de insulinoma ectópico.

P n.º 0097
Sífilis secundária – quem procura, acha
Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Telma Martins(1);Abelcineyd Camblé(1);Margarida Brito Monteiro(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível cuja apresentação clínica difere de acordo com o estádio à apresentação (primária, secundária, tardia e terciária). A sífilis secundária apresenta um espetro alargado de manifestações clínicas sistémicas e inespecíficas (mal-estar, febre, cefaleia, mialgias, adenopatias, rash), dificultando o seu diagnóstico e conferindo-lhe o estatuto de “grande mimetizadora”.
Caso: Mulher de 36 anos, saudável, com relações sexuais não protegidas com parceiro único, recorreu ao serviço de urgência por quadro com quatro semanas de odinofagia, mialgias, mal-estar inespecífico, astenia, anorexia, sensação febril, sudorese noturna e massas cervicais dolorosas. Negava contexto epidemiológico semelhante, queixas gastrointestinais, perda ponderal. De positivo à observação: múltiplas adenopatias cervicais bilaterais e retroauricular direita, <1cm, dolorosas, elásticas, móveis, não aderentes aos planos profundos. Foi avaliada por otorrinolaringologia que admitiu achados em contexto de faringoamigdalite. Analiticamente sem leucocitose ou PCR (proteína C reativa) elevada, sem alterações do esfregaço, sem elevação de LDH (desidrogenase lática) ou de beta-2-microglobulina. A TC pescoço (comparada com TC pescoço de ambulatório realizada duas semanas antes) descreveu múltiplos gânglios cervicais, bilaterais, de contornos regulares e limites bem definidos com dimensões máximas de 12x8mm. Do estudo realizado destaca-se VDRL positivo (RPR 1/32 e TPHA >1/1280). Excluiu-se envolvimento do sistema nervoso central (líquido cefalorraquidiano com 4 células, sem proteinorraquia, VDRL e TPHA negativos), assumindo-se sífilis secundária, tendo sido medicada com penicilina benzatínica intramuscular.
Discussão: A sífilis permanece um problema de saúde pública na atualidade, com manifestações muito inespecíficas. Perante um quadro mononucleose-like importa excluir doenças linfoproliferativas, infeções sistémicas, nomeadamente sífilis cujo tratamento em fases precoces previne múltiplas complicações graves tardias.

P n.º 0099

Helicobacter pylori - o seu papel na púrpura trombocitopénica imune

Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Marta Machado(1);Margarida Brito Monteiro(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma doença autoimune caracterizada pela destruição plaquetar. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, cuja etiopatogenia não é consensual. Existem fatores precipitantes, nomeadamente a infeção por Helicobacter pylori (HP). Nestes casos a erradicação de HP associa-se a um aumento da contagem plaquetar.
Caso: Homem de 73 anos, caucasiano, fumador, com diagnóstico de PTI há 30 anos e seguimento irregular, sob prednisolona, recorreu ao serviço de urgência por duas semanas de cansaço para esforços progressivamente menores, icterícia e melenas. Negava febre, perdas hemáticas visíveis, colúria, perda ponderal. À observação, de positivo: mucosas e escleróticas ictéricas até ao tronco, petéquias dispersas no dorso e membros e esplenomegalia. Analiticamente com bicitopénia - hemoglobina 3,4g/dL (VGM 71, HGM 17) e plaquetas 5x109, leucócitos 14.5x109, LDH 370 U/L, bilirrubina total 3,14mg/dL, sem consumo de haptoglobina; ferrropénia (saturação transferrina 5%, ferritina 7ng/dL). Serologias de VIH (vírus imunodeficiência humana) e VHC (vírus da hepatite C) negativas.
Foi suplementado com unidades de concentrado eritrocitário e carboximaltose férrica com subida da hemoglobina e pulsos de metilprednisolona com fraca resposta plaquetária, impossibilitando a realização de exames endoscópicos. A pesquisa de antigénio fecal de HP foi positiva, tendo iniciado terapêutica quadrupla com ótima resposta plaquetar (plaquetas 105x109) e sem novos episódios de perdas hemáticas.
Discussão: A infeção a HP é uma causa subdiagnosticada de PTI. De acordo com os estudos mais recentes, à semelhança da exclusão da infeção VIH e da HCV, esta deve ser excluída nos doentes com PTI, sobretudo perante pouca resposta à terapêutica ou agravamento inexplicável desta. Perante a evidência de infeção HP em doente com PTI, está preconizada a erradicação independentemente da ausência ou presença de manifestações gastrointestinais.

P n.º 0100

Síndrome anti-sintetase – como tratar a raridade?

José Damasceno e Costa,(1);Carla Campinho Ferreira(1);Marta Braga Martins(1);Paulo Pereira(1);Cristiana Honrado Martins(1);Carlos Capela(1);Vânia Gomes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome anti-sintetase é uma doença autoimune multissistémica, crónica e rara, classificada como miopatia inflamatória idiopática. Envolve a produção de autoanticorpos contra sintetases citoplasmáticas específicas, podendo apresentar-se como uma combinação de sintomas constitucionais, miosite, doença intersticial pulmonar, fenómeno de Raynaud, artrite e "mãos de mecânico".
Caso clínico: Mulher de 63 anos, com história há mais de 1 ano de poliartrite (punhos, mãos, ombros, tornozelos e joelhos), perda ponderal, mialgias e fenómeno de Raynaud. Analiticamente, detetados anticorpos antinucleares (título 1:320), anti-Ro52, anti-Ro60 e anti-Jo1, além de elevação marcada e flutuante de transaminases, creatina quinase, mioglobina, bilirrubina e aldolase. Realizada biópsia muscular, concluindo miopatia inflamatória inespecífica. Do restante estudo, demonstração imagiológica de doença intersticial pulmonar (padrão de pneumonia intersticial não específica/pneumonia organizativa) e evidência espirométrica de síndrome ventilatória restritiva com défice de difusão de monóxido de carbono (DLCO). Assim, foi avançado o diagnóstico de síndrome anti-sintetase. Por corticodependência, tentou-se tratamento com metotrexato e
hidroxicloroquina, ambos com resposta parcial e não sustentada. Portanto, decidido iniciar ciclos de rituximab, com excelente resposta analítica, respiratória (melhoria da DLCO) e imagiológica. Neste momento, encontra-se em desmame de corticoterapia, mantendo ainda uma dose residual.
Discussão: Dada a raridade da doença, não existem protocolos de tratamento definidos. Os corticoides e os imunossupressores são frequentemente usados, mas carecem de melhor evidência. Nos casos severos ou refratários, tem sido avançado o rituximab como opção, mas, do mesmo modo, com benefício incerto. Este caso relata um exemplo do que parece ser uma resposta favorável ao tratamento com este anticorpo monoclonal.

P n.º 0102
Arterite de Takayasu - um desafio
José Damasceno e Costa(1);Carla Campinho Ferreira(1);Marta Braga Martins(1);Paulo Pereira(1);Cristiana Honrado Martins(1);Carlos Capela(1);Vânia Gomes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite sistémica de grandes vasos, que afeta principalmente a aorta e os seus ramos. Como não existem testes específicos, o diagnóstico assenta numa combinação de clínica, exames laboratoriais e achados imagiológicos sugestivos. O tratamento médico envolve principalmente corticoides sistémicos, mas os fármacos imunossupressores são frequentemente necessários.
Caso clínico: Mulher de 65 anos com história arrastada de claudicação intermitente dos membros inferiores e superiores, “bloqueios” na marcha e hipertensão arterial com diferencial de pressões entre membros. Sem alterações visuais, cefaleias ou claudicação mandibular. Referenciada pela Cirurgia Vascular à consulta de doenças autoimunes por achado imagiológico de espessamentos parietais das artérias femorais superficiais, poplíteas e distais dos membros inferiores. Analiticamente, elevação de velocidade de sedimentação e proteína C reativa. Realizou tomografia de emissão de positrões, que revelou hipercaptação de 18F-fluorodesoxiglicose nas artérias aorta (ascendente, crossa e descendente), ilíacas comuns e externas e femorais, sugerindo vasculite sistémica (Total Vascular Score 6). Foi assumido o diagnóstico provável de AT com atipias, designadamente a idade e o atingimento distal. Iniciou prednisolona (1 mg/kg) e metotrexato em dose crescente, com significativa melhoria clínica e analítica. Neste momento, encontra-se em desmame de corticoide.
Discussão: Os fármacos imunossupressores são frequentemente usados no tratamento da AT como poupadores de corticoide. A combinação de corticoide e imunossupressor parece ser mais eficaz e é recomendada, mas o nível de evidência é baixo. O caso apresentado mostra uma resposta positiva ao tratamento inicial com prednisolona e metotrexato, permitindo uma tentativa mais precoce de diminuição da dose de corticoterapia oral e reduzindo a probabilidade de efeitos laterais da mesma.

P n.º 0103

Síndrome de Löfgren no diagnóstico de sarcoidose pulmonar

José Damasceno e Costa(1);Carla Campinho Ferreira(1);Marta Braga Martins(1);Paulo Pereira(1);Cristiana Honrado Martins(1);Carlos Capela(1);Vânia Gomes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, cuja verdadeira incidência não está bem definida. Caracteriza-se pela presença de granulomas não caseosos, sobretudo nos pulmões e gânglios intratorácicos. A maioria dos doentes é assintomática, tornando-a um desafio diagnóstico.
Caso clínico: Mulher de 62 anos, seguida durante vários anos por eritema nodoso, sem causa identificada após estudo exaustivo. Esteve assintomática durante 3 anos, até recidiva bilateral nos membros inferiores, entretanto associada a artrite dos tornozelos, temperatura subfebril e hipersudorese noturna, tendo iniciado prednisolona 40mg/dia. Nesta fase, realizou estudo complementar, a revelar anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios e adenopatias hilares bilaterais em tomografia computorizada de alta resolução do tórax. Prosseguiu o estudo com lavado broncoalveolar, que demonstrou contagem celular diferencial normal e exames microbiológico e citológico negativos. Neste contexto, por apresentação com síndrome de Löfgren e após exclusão de outras causas, foi feito o diagnóstico presuntivo de sarcoidose pulmonar, pelo que manteve o corticoide em esquema de desmame, com boa resposta. Encontra-se, neste momento, estabilizada com dose residual de prednisolona.
Discussão: O diagnóstico de sarcoidose assenta na combinação de apresentação clínica/imagiológica compatível, exame histológico com granulomas não caseosos e exclusão de outras causas de inflamação granulomatosa. A síndrome de Löfgren é uma forma de apresentação caracterizada por adenopatias hilares bilaterais e eritema nodoso, podendo ser acompanhada de artrite e febre. Tem sido sugerido que pode ter especificidade suficiente para diagnosticar sarcoidose per se. O caso relatado mostra uma evolução arrastada de eritema nodoso, apenas mais tarde acompanhado pelos restantes elementos da síndrome, permitindo o diagnóstico.

P n.º 0104

FIBROSE PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO

Joana Vasconcelos(1);Andreia Mandim(1);Ana Sofia Silva(1);Raquel Moreira Cruz(1);Sara Moreira Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A fibrose pulmonar intersticial (FPI) é uma manifestação comum das doenças mistas do tecido conjuntivo (DMTC) e associa-se a elevada morbimortalidade.
Relata-se o caso de uma mulher de 70 anos, sem antecedentes de tabagismo ou contexto epidemiológico relevante, sem introdução de novos fármacos, que recorre ao serviço de urgência por quadro com 2 semanas de evolução de dispneia em agravamento progressivo, com tosse e expetoração mucopurulenta associada. Objetivamente apresentava-se taquicárdica, taquipneica com saturação de oxigénio de 95% com cânula nasal a 2 litros/minuto e auscultatoriamente com crepitações e sibilância dispersa nos dois terços inferiores de ambos os campos pulmonares. Do estudo inicial, a destacar insuficiência respiratória (IR) tipo I, ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e tomografia computorizada (TC) do tórax a mostrar “aspeto microcístico do parênquima pulmonar (...) densificação dos septos interlobulares, bronquiectasias retráteis e densificações difusas em vidro despolido (...) em provável relação com fibrose pulmonar (...) admitindo-se fibrose pulmonar do tipo usual”. Perante elevação dos parâmetros inflamatórios cumpriu antibiótico para traqueobronquite aguda mas manteve IR. Após exclusão de tromboembolismo pulmonar, assumiu-se IR no contexto da fibrose e iniciou corticoterapia sistémica a 1mg/Kg/dia.
Do estudo subsequente, apresentou anticorpos anti-Centrómero B e anti-dsDna positivos; e ecocardiograma mostrou hipertensão pulmonar, pelo que se assumiu DMTC como etiologia para a FPI. Excluída neoplasia ativa e clínica sugestiva de lúpus eritematoso sistémico, nomeadamente artralgias, alterações mucocutâneas e outras alterações sistémicas. A doente apresentou melhoria clínica a permitir o desmame de oxigénio e de corticóide, mantendo necessidade de oxigenoterapia de longa duração para o domicílio.
Este caso traduz o desafio diagnóstico de uma situação de FPI com fundo autoimune associado, sugestivo de DMTC, em idade avançada e na ausência de clínica prévia sugestiva de doença autoimune.
De destacar a importância de manter o seguimento destes doentes, pela possibilidade de aparecimento de novas manifestações sistémicas que influenciem a sua terapêutica e prognóstico.

P n.º 0107

Causas raras de lombalgia em jovens

Beatriz Castanheira(1);Patricia Ramos Dos Santos(1);Erica Barata(1);Elena Pirtac(1);Francisca Delerue(1);Filipa Rosa(2);Maria Manuel Lemos(2)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE (2) Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Tema: Doenças oncológicas

Causas raras de lombalgia em jovens
Introdução:
Lombalgia é uma das queixas mais frequentes no Serviço de Urgência (SU). Apesar de maioritariamente de etiologia benigna, até 1% dos casos podem estar associados a infeção, carcinoma e/ou compressão medular.
Casos Clínicos:
Homem, 35 anos, antecedentes de DM tipo 2 e dislipidemia, recorreu ao SU por quadro com 1 ano de evolução de lombalgia esquerda com irradiação ao MIE associada a alteração da sensibilidade local ao toque. Ao exame objetivo com volumosa massa na região glútea esquerda, aderente aos planos profundos e dolorosa à palpação. TC-toráx com múltiplas lesões focais dispersos no parênquima pulmonar. TC-toraco-lombar com lesões líticas nos corpos vertebrais e na asa esquerda do sacro, e volumosa massa no osso Ilíaco esquerdo, com extensão aos músculos nadegueiros e ilíacos esquerdos. PET mostra áreas de partes moles perióssea adjacente a asa ilíaca esquerda com invasão da mesma. Biópsia de partes moles revelou sarcoma de células redondas azuis (CD99+) enquadrável em sarcoma de Ewing. FISH detetou quebra do gene EWSR (22q12).
Mulher, 27 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao SU por quadro com 2 anos de evolução de lombalgia esquerda com irradiação para fossa ilíaca esquerda. Concomitantemente com obstipação, rectorragias e aparecimento de massa palpável na fossa ilíaca esquerda. Realizou TC-AP com identificação de exuberante massa sólida heterogénea ilíaca esquerda com atingimento lítico nas vértebras lombares à esquerda bem como do sacro e do ilíaco. RM lombo-sagrada com lesão delimitada, contornos irregulares, multilobulada e solida, com importante conflito de espaço nos buracos de conjugação e com destruição óssea do canal L5-S1. Biópsia de partes moles revelou sarcoma com aspectos morfológicos sugestivos de diferenciação perineural, tumor maligno da bainha do nervo periférico
Discussão:
Perante quadros arrastados de lombalgia refratária a medicação analgésica, devemos pensar em causas menos comuns.

P n.º 0108
Pitiríase Rotunda secundária a causas sistémicas:
Beatriz Castanheira(1);Patricia Ramos Dos Santos(1);Erica Barata(1);Elena Pirtac(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças raras

Pitiríase Rotunda secundária a causas sistémicas:
Introdução: Pitiriase Rotunda é uma doença rara caracterizada por lesões escamosas redondas ou ovais localizadas principalmente no tronco e membros. Etiologia não está esclarecida, acredita tratar-se de uma variante da ichtiosis vulgaris. Existem dois tipos: Tipo I ocorre maioritariamente em orientais e de raça negra com mais de 60 anos e está associado a doenças ou neoplasias. Tipo II ocorre em pacientes com menos de 40 anos e normalmente outras membros da família apresentam lesões cutâneas semelhantes.
Caso Clínico: Mulher, 53 anos. Natural de Angola. Como antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, angina instável submetida a intervenção coronária percutânea em 2018, diabetes Mellitus tipo II, dislipidemia, tabagismo ativo 64UMA e com história de transfusão em 2010.
Doente encaminhada para a consulta por lesões arredondadas de dimensões variadas predominantemente nos membros inferiores sem prurido, cansaço fácil e anemia. Foi realizado estudo analítico alargado com virologias, sendo ac anti HCV positivo com carga viral 213581UI/mL e genotipagem Genótipo 4. Biópsia cutânea que apresentou aspectos compatíveis com pitiríase rotunda. Doente realizou tratamento com sofoscuvir/velpatasvir apresentando melhoria gradual das lesões cutâneas e carga viral indetetável.
Discussão: As manifestações cutâneas frequentemente traduzem em uma doença sistémica pelo que seu estudo etiológico deve ser sempre ponderado.

P n.º 0110

Ingestão hiperproteica voluntária em doente com citrulinemia tipo 1

Ana sá(1);Ana Andrade Oliveira(1);Teresa Mendes(2);Cristina Marques(3);Pedro Ribeirinho Soares(4);Diana Ferrão(4);Joana Pereira(4);Fernando Friões(4)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (3) Hospital Santa Maria Maior (4) Hospital S. Joao

Tema: Doenças raras

Introdução: A citrulinemia tipo 1 (CTLN1) é uma doença hereditária do metabolismo, com transmissão autossómica recessiva, causada pelo défice da enzima argininosuccinato sintetase (AS) e caracterizada por hiperamonemia. Apresentamos o caso de uma jovem com CTLN1, com doença psiquiátrica concomitante e múltiplas tentativas de suicídio.
Caso Clínico: Jovem de 19 anos, com diagnóstico de CTLN1 desde infância e perturbação borderline da personalidade. É admitida no SU com vómitos, asterixis e lentificação psicomotora. Hemodinamicamente estável, saturação de oxigénio: 99% em ar ambiente. Amónia 668 umol/L, sem outras alterações analíticas de relevo. Da colheita da história com pais e amigos, apurou-se encomenda e ingestão voluntária de iogurtes hiperproteicos pela doente. Iniciou perfusões de soro glicosado, benzoato/fenilbutirato e arginina, com melhoria progressiva do estado de consciência e normalização dos níveis de amónia. Por manter intenção autodestrutiva e negar arrependimento, foi transferida para internamento de Psiquiatria até estabilização psicopatológica.
Discussão: A CTLN1 é uma doença metabólica que interfere com o processo de degradação das proteínas (doença do ciclo da ureia). Caracteriza-se pela deficiência hereditária da AS, resultando na acumulação excessiva de amónia no sangue, cujos níveis elevados são tóxicos principalmente a nível cerebral, levando a alterações neurológicas, coma ou morte. O tratamento baseia-se numa dieta hipoproteica suplementada com arginina e carnitina e na administração de fenilbutirato/benzoato de sódio para facilitar a eliminação da amónia. O cumprimento rigoroso da dieta permite a estes doentes manterem a sua vida normal. No entanto, neste caso, a conjugação da doença metabólica e da perturbação psicopatológica da nossa doente revestiram esta situação de elevada complexidade clínica e social, exigindo uma abordagem em equipa multidisciplinar.

P n.º 0115

Clínica incomum com um final inesperado - a história de uma convulsão

Mariana Nápoles(1);Catarina p. Marques(2);Dos Santos Rocha(1);Ana Carina Baldino(1);Rita Calixto(2);Rosa Mendes(1)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As neoplasias cerebrais primárias, menos frequentes que as secundárias, dividem-se em vários tipos consoante tenham origem no parênquima cerebral ou noutras estruturas neuronais. A clínica depende das estruturas acometidas. Embora raramente metastizem, é frequente a invasão local e raramente são "benignos"
Homem, 75 anos, saudável, recorre ao SU por quadro de palidez cutânea, "enfraquecimento e retardamento das palavras" (sic), enquanto conduzia, que reverteu após "movimentos respiratórios" controlados (sic) e dor torácica ligeira. Objetivamente: sem défices neurológicos. Monitorizado na sala de emergência (SE), com bradicardia 39-53bpm. Análises: sem alterações. Eletrocardiograma: bradicardia sinusal 52bpm. Proposto internamento em serviço de observação para vigilância que recusa. Tem alta contra parecer médico. Ainda na SE, tem crise convulsiva presenciada com reversão espontânea, com disartria ligeira e desvio da comissura labial à esquerda subsequentes. TC-CE: “lesão expansiva intra-axial temporal superior direita, (...) realce sólido após contraste, pequeno componente quístico/necrótico no seu interior, medindo cerca de 1,7 cm de diâmetro no plano axial; (...) acentuado edema vasogénico, condicionando apagamento dos sulcos corticais frontotemporais à direita, moldagem do sistema ventricular e discreto abaulamento para a esquerda da linha média.” Inicia valproato de sódio 500mg 2id. RM-CE: "lesão de provável natureza neoplásica primária do sistema nervoso central (SNC), provavelmente da série glial (astrocitoma versus glioblastoma)". Transferido para hospital com Neurocirurgia. Hipótese mais provável a de neoplasia da série glial de alto grau, com indicação cirúrgica, que doente recusa. Dez meses depois, mantém-se medicado com levetiracetam e metilprednisolona, sem intercorrências.
Trata-se de um caso com clínica fruste, a qual não fazia suspeitar de tal diagnóstico. A convulsão, habitual nas neoplasias deste tipo e desta localização, levantou a hipótese de patologia do SNC. O doente não aceitou o tratamento cirúrgico, não sendo possível definir qual o tipo de neoplasia (astrocitoma versus glioblastoma) e o prognóstico (os últimos têm pior prognóstico face aos primeiros).

P n.º 0117

Colite: O diagnóstico diferencial no doente com VIH

Miguel Rodrigues Monteiro(1);Marta Machado(1);Mafalda Duarte(1);João Tiago Serra(1);Bárbara Pedro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção por citomegalovírus (CMV) pode atingir a mucosa intestinal causando inflamação e dano tecidual, que se traduzem em ulcerações e perdas hemorrágicas. A colite por CMV é uma importante causa de morbi-mortalidade em doentes imunocomprometidos e está associada a pior prognóstico em doentes com colite ulcerosa.
Caso clínico: Mulher de 51 anos com diagnóstico de infeção por VIH-1 há 3 meses na sequência de investigação de polineuropatia periférica. História de colite ulcerosa confirmada histologicamente com 15 anos de evolução, cujo seguimento e terapêutica imunossupressora abandonou há vários anos. Internada por dor abdominal e diarreia aquosa 8 dias após o início de terapêutica anti-retroviral (TARV). Apura-se perda ponderal de 10Kg, diarreia com sangue e muco, episódios de febre e exantema cutâneo. Ao exame físico apresentava-se febril (40ºC) com dor abdominal difusa à palpação. Analiticamente a realçar anemia (Hb 8.7 g/L), leucocitose (11.1 x 109/L), VS de 133 mm/h, PCR aumentada (14.3 mg/dL), 191 linfócitos TCD4+/µL (10%) e carga viral de 642000 cópias/mL. Os exames culturais foram negativos. A TC abdomino-pélvica sugeriu achados compatíveis com colite. A colonoscopia revelou presença de múltiplas úlceras no cólon, sugestivas de colite sem atingimento do reto. A pesquisa imunohistoquímica de CMV na biópsia do cólon foi positiva, não sendo visíveis quaisquer achados sugestivos de doença inflamatória intestinal (DII). A antigenémia e antigenúria para CMV foram positivas. Iniciou tratamento com Ganciclovir com melhoria clínica e analítica.
Discussão: O elo de ligação entre a infecção por CMV e as DII mantém-se controverso. A colite por CMV é frequente em doentes com colite ulcerosa, bem como em doentes imunodeprimidos pela infeção VIH. Neste caso, não se verificou exacerbação da colite ulcerosa pela infeção por CMV conforme expectável. Os doentes com infeção VIH e DII concomitantes são uma população muito particular, onde as manifestações clínicas podem mimetizar ambas as condições e tornar o diagnóstico diferencial desafiante.

P n.º 0119

Neuroretinite: um caso de Doença da Arranhadela do Gato

Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Telma Martins(1);Marta Machado(1);Margarida Mourato(1);Júlio Almeida(1);Inês Coutinho(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A neuroretinite apresenta-se por diminuição súbita e indolor da acuidade visual. A fundoscopia revela edema do disco ótico com exsudados lipídicos retinianos de disposição em forma de estrela na área macular. A Doença da Arranhadela do Gato (DAG) é a principal etiologia infeciosa, causada pela Bartonella henselae (BH), transmitida por gatos. A expressão típica é a linfadenopatia regional subaguda. A expressão sistémica é pouco frequente, sendo o olho o principal órgão extralinfático envolvido.
Caso: Mulher de 59 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por 2 semanas de diminuição progressiva da acuidade visual. Sem febre, dor ocular, fotofobia ou cefaleia. Do ponto de vista epidemiológico, referia exposição recente a tuberculose e tinha dois gatos; negava viagens recentes ou hábitos sexuais de risco. Objetivou-se defeito pupilar aferente relativo; com papiledema bilateral na fundoscopia. A angiotomografia computorizada e a ressonância cerebral foram normais, bem como a análise do líquido céfalo-raquidiano (LCR), incluindo adenosina deaminase, pesquisa de BAAR e PCR de Mycobacterium tuberculosis. A enzima conversora de angiotensina era normal e foi excluída sífilis e toxoplasmose. As serologias virais no soro e LCR foram negativas (HSV, EBV, CMV, VZV e HV6); assim com a pesquisa de DNA de Borrelia. A serologia de BH foi positiva (título de IgG 1/320 e IgM negativo, após 2 semanas de sintomas). Admitiu-se o diagnóstico de DAG, iniciou antibioterapia dirigida com doxiciclina e rifampicina e corticoterapia com melhoria clínica.
Discussão: Apesar de rara, perante contexto epidemiológico e clínica sugestiva, a DAG deve ser equacionada e excluída, uma vez que apesar de ter evolução tipicamente benigna, pode cursar com complicações. Não há consenso sobre a abordagem terapêutica mais indicada, porém no atingimento ocular o tratamento com associação de antibioterapia e corticóides sistémicos está associado a melhor recuperação da acuidade visual1.

1- Habot-Wilner Z, et al. Cat-scratch disease: ocular manifestations and treatment outcome. Acta Ophthalmol. 2018;96(4):e524ee532

P n.º 0124

INGESTÃO VOLUNTÁRIA DE LIXÍVIA DOMÉSTICA

RUTE BRÁS-CRUZ(1);Diana Rocha(1);Filipa David(1);Ana Teresa Vieira(2);Cecilia Moreira(1);Lia Bastos(3);Marcia Araujo(1);Filipa Pereira(4);Ana Filipa Maldonado(1);Sara Carvalho(4);Ernestina Gomes(1);Adelina Pereira(1);Rui Araújo(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (4) IPO Porto

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Os agentes cáusticos podem causar danos funcionais e histológicos em qualquer tecido com que contactam. A lixívia é um cáustico doméstico que contem 3% a 6% de solução de hipoclorito de sódio - um dos agentes mais envolvidos na intoxicação voluntária por cáusticos.
Homem de 83 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, admitido na sala de emergência após ingestão intencional de cerca de 200mL de lixívia em gel. À admissão vígil, com via aérea (VA) com queimadura extensa da língua, mucosa jugal e lábios e presença de sangue na cavidade oral. Ventilação sem alterações, hemodinamicamente estável, sem alterações analíticas. Pelo risco associado, decidida entubação orotraqueal sob videolaringoscopia sem intercorrências. Fez tomografia computorizada sem sinais sugestivos de perfuração. Foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva para prosseguir cuidados. Durante o internamento, apesar da ausência de sinais de sobreinfeção, insuficiência respiratória ou disfunção multiorgânica (DMO) com evolução inicial desfavorável. Observada necrose extensa com afeção de toda a cavidade oral, desde a região sublingual até ao trígono retromolar, velum faríngeo e parede posterior com perda da permeabilidade das mucosas e lesão esofágica por cáustico grau III (classificação de Zargar) confirmada em endoscopia.
Os dados sobre a intoxicação por cáusticos estimam que a ingestão superior a 150mL de soluções diluídas seja suscetível de causar DMO. A lesão ocorre com eritema, edema ou ulceração da boca, faringe e esófago com evolução para perfuração esofágica/gástrica em casos graves. Algumas características de apresentação incluem disfagia, sialorreia e língua preta. A prioridade no tratamento é a abordagem da VA. No pré-hospitalar recomenda-se a diluição imediata com a ingestão de um copo de água. Está contra-indicada a lavagem gástrica e o carvão ativado, exceto se muito forte suspeita de co-ingestão com outro tóxico. A endoscopia num prazo de 48 horas é precisa para classificar a extensão da lesão e a intervenção cirúrgica é recomendada em caso de perfuração. Neste caso, dado o mau prognóstico e a ausência de reserva fisiológica para invasibilidade necessária à resolução cirúrgica decidida estratégia conservadora em abordagem multidisciplinar. À data de entrega deste resumo o doente encontrava-se internado em suporte de órgão.

P n.º 0125
FEBRE EM VIAJANTE, UM CASO PECULIAR
Diogo André(1);Fabiana Gouveia(1);Teresa Raposo André(1);João Gaspar(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: Febre de Origem Indeterminada (FOI) é definida como febre superior a 38,3°C, em diferentes alturas do dia, com duração de pelo menos três semanas, sem etiologia conhecida. Apesar da atual redução de casos de FOI de natureza infeciosa, vigoram, ainda, 3 categorias clássicas que explicam a maioria dos casos: as infeções, as neoplasias e as doenças reumatológicas. CASO CLÍNICO: Homem, 33 anos, antecedentes de Malária, proveniente de Angola, não realizou quimioprofilaxia, recorreu o serviço de urgência por quadro, com cerca de 1 mês de evolução, de dor no hipocôndrio direito e febre. À admissão, constatou-se hepatomegalia dolorosa. A ecografia abdominal revelou esplenomegalia e hepatomegalia com incontáveis nódulos. Admitiu-se FOI de causa infeciosa em Viajante. Foram colhidas hemoculturas, serologias de agentes hepato-trópicos, PCR de espiroquetas e parasitas nas fezes. Iniciou piperacilina/tazobactam e metronidazol. A Tomografia Computorizada (TC) destacou “múltiplos nódulos hipodensos do fígado com halo de hiperdensidade”. A Colangio-Ressonância Magnética evidenciou “na cauda pancreática globosidade e hipersinal, com lesão nodular. Hepatomegália com nódulos de dimensões variáveis”. Por ausência de isolamento de agente, realizou biópsia hepática guiada por TC, sem colheita de material purulento. Perante a suspeita de neoplasia, feita biópsia pancreática cuja histologia foi de Tumor Neuroendócrino (NET). Com a biópsia laparoscópica foi diagnosticado NET do corpo pancreático com metastização ganglionar e hepática. DISCUSSÃO: Nos indivíduos com menos de 65 anos, a infeção continua a ser a causa mais comum de FOI, sendo os abcessos abdominais uma das causas de natureza infeciosa fatal. Destaca-se a importância da TC e biópsia para direcionar o diagnóstico e tratamento na FOI, bem como a importância da Medicina Interna na integração de conhecimentos transversais a diferentes especialidades, de forma a coordenar a atuação ao doente como um todo.

P n.º 0127

Leucoencefalopatia multifocal progressiva - a propósito de um caso clínico

Mariana Nápoles(1);Rita Calixto(2);Ana Luísa Oliveira(1);Quintino Biague(2)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) ocorre habitualmente em doentes com imunidade celular comprometida, como é o caso dos doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Provoca desmielinização progressiva e subaguda do sistema nervoso central (SNC), com défices neurológicos multifocais, e tem mau prognóstico. O diagnóstico é sugerido por RM, com positividade para vírus JC na maioria dos casos.
Homem, 33 anos, VIH-1 positivo, seguido em consulta de infecciologia e medicado com entricitabina/tenofovir e zidovudina/ritonavir com incumprimento terapêutico documentado. Estado imunológico: CD4- 154/16.4%; CD8- 577/61.4%; R: 0.27; carga viral: 71681x105cópias. Admitido no serviço de urgência por perda ponderal não quantificada no último ano, alteração do comportamento na última semana e obnubilação no dia da admissão. Exame objetivo: febril, com atenção pouco captável, incapacidade para emitir discurso percetível, não colaborante no exame neurológico e sem tolerância ao ortostatismo, no entanto excluíram-se alterações dos pares cranianos e rigidez da nuca. Sem alterações analíticas relevantes no SU. Radiografia de tórax sem alterações sugestivas de infeção por P. jirovecii. TC-CE: múltiplas lesões hipodensas de predomínio subcortical no centro semioval direito a nível frontal, parietal e temporal posterior. Relizou RM-CE para esclarecimento da natureza das hipodensidades, sendo fortemente sugestivas de LEMP, colocando diagnóstico diferencial muito pouco provável de Encefalite VIH e/ou Linfoma Primário do SNC. Foi realizada punção lombar com líquido em cristal de rocha com predomínio de linfócitos (97%) e foram excluídas infeções oportunistas a criptococcus, Ag capsulares, CMV, EBV, Herpesvirus, vírus JC, toxoplasmose e micobactérias. Foi iniciado aciclovir 10mg/kg 3id 8/8h à admissão e TARV ao 12º dia de internamento. O doente manteve-se febril, apresentou trismos e mioclonias generalizadas, evoluindo desfavoravelmente e acabando por morrer ao 24º dia de internamento.
A causa mais frequente de LEMP é a imunossupressão e apenas uma pequena percentagem de casos está associada à negatividade do vírus JC, no entanto é uma possibilidade que deve ser considerada no doente imunocomprometido sendo o objetivo terapêutico principal restaurar a função imunológica.

P n.º 0129

Bartonelose: um diagnóstico diferencial de linfadenopatia unilateral

RUTE BRÁS-CRUZ(1);Teresa p. Medeiros(1);Sara Augusta Ramos(1);Hugo Oliveira(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A doença da arranhadela do gato (DAG) é uma zoonose causada pela bactéria Bartonella henselae e transmitida ao homem por inoculação em lesões de arranhadelas ou mordeduras de gatos habitualmente jovens. Entre indivíduos saudáveis, a DAG geralmente tem um curso autolimitado com um típico exantema maculo-papular seguido por linfadenopatia regional. Em 10% dos casos apresentações atípicas podem ocorrer com expressão clínica mais grave e por vezes até fatal.
Neste caso apresenta-se um indivíduo do sexo masculino de 36 anos, sem antecedentes médicos de relevo, mas com várias viagens a países tropicais nos meses prévios que é encaminhado para consulta de Medicina Interna por adenopatia axilar esquerda com 2cm em ecografia. Clinicamente com dor, tumefação local e rubor, precedido na semana anterior de rash palmar com posterior descamação. Associadamente referida anorexia e emagrecimento de 5kg não intencional no último mês. Da história clínica, apurada arranhadela de gato jovem prévia à sintomatologia, para além das viagens. Pela clínica e história sugestiva de Bartonelose decidida prova terapêutica com azitromicina 500mg durante 1 semana, após a qual se verificou melhoria com redução das adenopatias axilares. Do estudo etiológico confirmada Bartonelose com anticorpo Anti-Bartonella henselae IgM 100 (<100) e IgG 640 (>320), com normalização dos títulos 2 meses depois.
O estudo laboratorial na DAG é frequentemente inespecífico, podendo ser inclusivamente normal, como foi no caso apresentado. A maioria dos diagnósticos laboratoriais de Bartonelose é baseada na identificação serológica. A biópsia ganglionar tem o inconveniente de ser invasiva, mas pode ser útil em caso de suspeita elevada, sem identificação dos agentes habituais. A marcha diagnóstica de uma linfadenopatia unilateral é longa e pode incluir diagnósticos como a DAG, micobactérias típicas ou atípicas, brucelose ou sífilis, linfoma e outras neoplasias. A história clínica pormenorizada com contexto epidemiológico e um exame objectivo completo são peças fundamentais para um diagnóstico e tratamento precoce.

P n.º 0130

Anemia e Insuficiência Cardíaca: Causa Improvável

Sofia Esteves(1);Francisco Capinha(1);João Luis Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção por parvovírus B19 (quinta doença exantematosa) é comum na infância. No adulto a parvovirose pode condicionar poliartropatia e repressão da eritropoiese. Menos frequentemente ocorre cardiopatia, hepatite, meningite ou glomeruloesclerose. Apresentamos um caso de infeção a parvovírus B19 em adulto imunodeprimido pela raridade das manifestações. Caso Clínico: Mulher de 53 anos, imunodeprimida, desenvolve dispneia e astenia de agravamento progressivo após infeção SARS-CoV2. Foi internada por manutenção destas queixas, febre vespertina e diarreia. O exame físico revelava palidez cutâneomucosa. Pela estabilidade clínica, não foi iniciada antibioterapia e excluíram-se infeções oportunistas. Documentou-se anemia de agravamento progressivo (hemoglobina mínima 7.5 g/dL), hipoproliferativa (0.6% de reticulócitos), tendo sido excluídas hemorragia, hemólise e causa carencial. Rapidamente instalou-se insuficiência cardíaca aguda de novo, (ortopneia, edema periférico). O ecocardiograma transtorácico revelou discreta hipertrofia septal, sem cardiopatia estrutural. O estudo serológico para agentes cardiotróficos (nomeadamente parvovírus B19, tendo em conta a anemia), documentou IgM positiva e IgG negativa para este vírus (infeção aguda). Uma anamnese mais detalhada permitiu apurar diarreia nos elementos do agregado familiar na semana anterior. A febre, diarreia e manifestações cardíacas remitiram sem necessidade de terapêutica. Houve recuperação hematológica completa sem suporte. Às 6 semanas, apresentou IgM equívoca e IgG negativa, mantendo-se a doente assintomática e com hemoglobina no seu valor basal (10g/dL). Discussão: O diagnóstico de parvovirose no adulto requer alto grau de suspeição. No imunodeprimido, a supressão da eritropoiese pode ser grave e evoluir para a cronicidade. Este caso de rara evolução clínica reforça a importância de conhecer a epidemiologia do doente e a necessidade do uso judicioso de antibióticos em quadros febris agudos.

P n.º 0134

Microangiopatia trombótica associada ao complemento – quando a hipertensão significa algo mais

Ana Órfão(1);Marta Ferreira(2);Patrícia Domingues(3);Rita Jorge(2);Adriana Fernandes(2);Luís Falcão(2);Steeve Rosado(2);Patrícia Patrício(2)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
A microangiopatia trombótica (MAT) é caracterizada por anemia hemolítica (AH) microangiopática, trombocitopénia e microtrombose com isquémia tecidular e consequente lesão de órgão. Este caso visa evidenciar a dificuldade diagnóstica, a importância de um diagnóstico atempado e um rápido início de tratamento, bem como a existência de um trigger inicial em doentes com mutações de risco para o desenvolvimento de MAT.

Caso clínico
Homem de 40 anos, melanodérmico, sem antecedentes conhecidos, admitido no Serviço de Urgência por cefaleia intensa com 2 dias de evolução. À admissão apresentava uma pressão arterial (PA) de 240/130 mmHg, sem outras alterações. Após toma de captopril 25 mg, PA 125/83 mmHg e descida do score de Glasgow de 15 para 10. Analiticamente apresentava AH microangiopática (hemoglobina 9 g/dL, lactato desidrogenase 2143 UI/L, haptoglobina indoseável, muitos esquizócitos e teste Coombs negativo), trombocitopénia, retenção azotada grave e exame sumário de urina com proteinúria (+) e leucocitúria. A TAC CE não mostrou alterações agudas. A ecografia renal apresentava alguns sinais de cronicidade, o ecocardiograma foi compatível com cardiopatia hipertensiva grave e a fundoscopia com retinopatia hipertensiva moderada bilateral. Apesar do rápido controlo tensional, verificou-se um agravamento da AH e trombocitopénia, sendo admitido na Unidade de Cuidados Intensivos para terapêutica de substituição da função renal (TSFR) e plasmaferese (total de 5 sessões), com melhoria clínica (recuperação do estado de consciência e diurese após 3 sessões de TSFR) e analítica. A atividade ADAMTS13 estava ligeiramente diminuída (40%) e não apresentava anticorpos anti-fator H. O estudo genético do complemento identificou uma deleção dos genes CFHR3-CFHR1 em homozigotia. Teve alta encaminhado para a consulta de Nefrologia.

Discussão
O doente apresentava um haplotipo que confere um risco aumentado para MAT associada ao complemento na presença de fatores desencadeantes, neste caso a hipertensão arterial mal controlada, já com lesões de órgão-alvo. Este caso evidencia a importância da investigação etiológica da MAT, nomeadamente a pertinência do estudo genético, uma vez que terá impacto no tratamento e prognóstico do doente.

P n.º 0136
Síndrome de DRESS: Um grande imitador
Bárbara Vieira Granja(1);, Catarina Santos Reis(1);Francisco Santos Dias(1);Ana Ribeiro(1);Marta Soares Carreira(1);Paula Dias(1);Elisabete Moreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Outro

Introdução: A erupção medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS) é uma reação adversa medicamentosa grave e pouco frequente. Desenvolve-se 2 a 6 semanas após a exposição a fármaco.
Caso clínico: Mulher de 65 anos com antecedentes pessoais de carcinoma da mama direita submetida a tumorectomia e linfadenopatia em 2019, não completou tratamento adjuvante por toxicidade cardíaca, sob letrozol. Foi internada para estudo de exantema maculopapular generalizado com 15 dias de evolução, febre e edema facial. Analiticamente apresentava: leucocitose de 22740/uL e eosinofilia de 3797/uL, lesão renal aguda AKIN 1, lesão hepatocelular e pancreática. A tomografia toraco-abdomino-pélvica mostrou áreas de vidro despolido em ambos os lobos superiores, lobo médio e língula. Sem adenomegalias palpáveis ou detetadas em imagem. Foi excluída infeção e recidiva da neoplasia da mama. Confirmou-se a introdução recente de alopurinol com suspensão 4 semanas antes do início do quadro descrito. Pelo elevado grau de suspeição de DRESS iniciou prednisolona oral após realização de biópsias cutâneas. Do restante estudo: reativação do vírus herpes simplex 6, restantes vírus negativos, autoimunidade, doseamento de imunoglobulinas e imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações. A biópsia cutânea foi compatível com DRESS, observando-se infiltrado inflamatório polimórfico na derme e atividade de interface, não sugestiva de linfoma ou vasculite. Com boa evolução clínica e analítica após a instituição de corticoterapia.
Discussão: O DRESS trata-se de uma toxicodermia grave, sendo importante um elevado índice de suspeição, diagnóstico precoce e suspensão do fármaco responsável. O envolvimento de mais de dois órgãos-internos ocorre em 20% dos doentes, com atingimento pancreático em apenas 5% dos casos. Embora desafiador, o diagnóstico diferencial com linfoma e vasculite é fundamental e deve ser baseada em achados clínicos e histopatológicos.

P n.º 0142

Enfarte Agudo do Miocárdio: Uma Etiologia Incomum

Cristina Carvalho Gouveia(1);Inês Pimenta(2);Marco Fernandes(1);Beatriz Chambino(1);Hugo Côrte-Real(3);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital Garcia de Orta, EPE (3) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é geralmente provocado por doença aterotrombótica, embora existam outras causas, como o desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio e o espasmo coronário.

Caso Clínico:
Homem de 50 anos, admitido por febre, mialgias, anorexia e desorientação, 3 dias após ter sido picado por um ouriço do mar na mão direita. À observação, estava febril, tinha sinais inflamatórios na mão direita e um sopro sistólico no foco mitral. Analiticamente, leucocitose 14.6µg/L, proteína C reativa 19.2mg/dL. O ecocardiograma transtorácico revelou uma vegetação no folheto anterior da válvula mitral com regurgitação grave associada. O eletrocardiograma (ECG) e coronariografia estavam normais. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica revelou hipodensidades ténues bi-hemisféricas e a abdominal duas áreas de enfarte esplénico. Foi assumido o diagnóstico de endocardite infeciosa da válvula mitral com embolização para o sistema nervoso central e baço. Doze dias após a admissão, um ECG de rotina revelou elevação do segmento ST nas derivações anteriores, compatível com EAM com supra de ST. A coronariografia revelou uma lesão suboclusiva na artéria coronária descendente anterior esquerda (ADAE). O doente foi submetido a substituição da válvula mitral por prótese mecânica e bypass da artéria mamária interna esquerda para a ADAE, tendo tido alta duas semanas depois.

Discussão:
A endocardite infeciosa (EI) é uma doença multissistémica potencialmente fatal. A embolização séptica é uma complicação frequente, ocorrendo em cerca de 50% dos casos. A embolização coronária é rara (0.31-0.51%), manifesta-se geralmente nos primeiros 15 dias de doença e ocorre, geralmente, na ADAE. O facto da embolização coronária ser rara e poder ser silenciosa dificulta o seu diagnóstico e tratamento. Adicionalmente, não existem normas orientadoras para o tratamento do EAM secundário à EI. Assim, os doentes com EI devem ser monitorizados, principalmente nas primeiras duas semanas de doença e a suspeita de lesão miocárdica deve motivar a colocação desta hipótese diagnóstica e realização de exame de imagem cardíaco.

P n.º 0148

Diagnóstico Incidental de Amiloidose Cardíaca após Acidente Vascular Cerebral

Rita Noversa(1);Axel Ferreira(1);Diogo Fitas(1);Sandra Moreira(1);Sofia Moreira Silva(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma emergência médica, sendo atualmente a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal, motivo pelo qual a sua prevenção seja um dos maiores desafios da Medicina. A identificação da etiologia do AVC é essencial para a melhor gestão do doente e a seleção adequada de estratégia de prevenção secundária. Tendo em conta que se estima que cerca de 15-30% dos AVC tenham etiologia em fenómenos cardioembólicos, o ecocardiograma transtorácico (ETT) é um exame frequentemente pedido. Neste caso, apesar do ETT não mostrar alterações diretas sugestivas de embolismo, surgiu um red flag para despiste de amiloidose.

Senhor de 82 anos, com antecedentes conhecidos de fatores de risco vascular (diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia) e doença renal crónica, apresenta-se com clínica sugestiva de AVC lacunar, a cursar com hemiparesia atáxica direita, assumida em contexto de doença de pequenos vasos. O doente foi admitido em unidade de AVC e realizado estudo complementar, incluindo ETT, que revelou cavidades cardíacas normodimensionais, função sistólica biventricular conservada e hipertrofia ventricular esquerda concêntrica de grau severo. Nesse contexto, foi pedida cintigrafia do miocárdio com m99Tc-DPD que confirmou suspeita de amiloidose cardíaca, por deposição de transtirretina (Score visual: 2 em 3).

Apesar de, recentemente, as diretrizes de abordagem em fase aguda do AVC serem mais seletivas na recomendação da utilização de ETT de forma rotineira no estudo inicial, este caso destaca a descoberta incidental de amiloidose cardíaca. Revendo a literatura, reforça-se a probabilidade de etiologia cardioembólica após este diagnóstico, já que existe evidência de associação entre a ocorrência de fenómenos trombóticos e a amiloidose cardíaca, mesmo sem complicações disrítmicas associadas. Estes achados traduzem uma necessidade de ajuste de estratégia terapêutica e a possibilidade de melhoria de qualidade de vida, com redução da mortalidade, através de tratamento dirigido à amiloidose por transtirretina (ATTR).

P n.º 0152

Aplasia medular em contexto de infeção SARS-CoV-2

André Oliveira Pereira(1);Isabel Bessa(1);Francisca Abreu(1);Rosa Araújo(1);Helena Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A aplasia medular caracteriza-se por pancitopenia em associação com hipoplasia/aplasia da medula óssea, e é causada por um defeito intrínseco dos progenitores hematopoiéticos ou uma destruição imunomediada extrínseca de células estaminais. A maioria dos casos de anemia aplásica são de natureza idiopática; no entanto, quimioterapia, radiação ionizante e infeções víricas também têm sido implicadas na sua etiologia. O SARS-CoV-2 tem atingimento multissistémico, e foi demonstrado o atingimento do sistema hematológico, induzindo neutropenia, linfopenia e, em casos raros, pancitopenia. Apesar da relação causal entre a infeção SARS-CoV-2 e a aplasia medular permanecer incerta, o propósito deste caso-clínico é elucidar uma possível associação entre a aplasia medular e esta infeção vírica.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 60 anos, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, dor abdominal, anorexia, náuseas e astenia, com 1 semana de evolução. Analiticamente à admissão, evidenciava-se anemia normocítica normocrómica, com hemoglobina (Hb) de 11.7g/dL, leucopenia de 1400/uL, com neutropenia e linfopenia, e trombocitopenia (59000/uL). O rastreio SARS-CoV-2 foi positivo. Do estudo etiológico, não foram evidentes défices nutricionais, e foram excluídas infeções por vírus de hepatites, vírus da imunodeficiência humana, parvovírus B19, citomegalovirus e vírus Epstein-Barr. A biópsia óssea e o aspirado medular revelaram hipoplasia das três linhas celulares hematopoiéticas, sem sinais evidentes de invasão por células neoplásicas. Durante o internamento, a pancitopenia foi agravando, com mínimos de: Hb 8.6g/dL; leucopenia de 200/uL; e trombocitopenia de 13000/uL. Foi administrada corticoterapia e terapêutica com estimulador de colónias granulocíticas, sem aparente resposta analítica. Pelo 20º dia após diagnóstico da infeção SARS-CoV-2, houve evidência de analítica de recuperação das contagens celulares.
Discussão: Dados recentes sugerem possível a infiltração pelo SARS-CoV-2 da medula óssea e consequente falência medular, pelo que a investigação de possíveis alterações hematológicas relacionadas com o SARS-CoV-2 é necessária. A possibilidade de um processo imunomediado e as suas implicações terapêuticas também merecem maior estudo

P n.º 0156

Síndrome torácico agudo na drepanocitose e a sua recorrência

Sofia Manuela Portugal Perdigão(1);Ana Sofia Alves Morais(1);Mariana Nunes(1);Cristiana Sousa(1);António Trigo Faria(2);Fernando Salvador(2)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As crises vaso-oclusivas em doentes com drepanocitose, são comuns e subdiagnosticadas porque à medida que os doentes crescem, aprendem a lidar com a dor 1. A síndrome da dor torácica aguda tipicamente surge com opacidade pulmonar radiográfica, febre e outros sintomas respiratórios, em adultos a dor torácica e a dispneia são as queixas mais frequentes 1. Sabemos que no caso da síndrome torácica aguda a taxa de recorrência é cerca de 27% 2. Caso clínico: Masculino de 20 anos, autónomo, Angolano. Antecedentes de malária, tia materna com drepanocitose, sem medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por dor torácica retroesternal com dia de evolução, sem febre e sem sintomas respiratórios. Em internamento documentada febre, e uma anemia microcítica hipocrómica. Realizado esfregaço sanguíneo e observados eritrócitos falciformes. Realizou ainda colheita sanguínea para imunoeletroforese de hemoglobina. Teve alta encaminhado para consulta externa de medicina, posteriormente confirmado o diagnóstico de drepanocitose (com identificação de 90% de HbS), pelo que iniciou hidroxicarbamida 500 mg /dia. Ao 4º dia após alta foi reinternado, por novo episodio de dor torácica, tendo sido diagnosticado com pericardite aguda, por alterações compatíveis na eletrocardiograma. Aumentou a hidroxicarbamida para o dobro e realizou terapêutica dirigida com anti-inflamatórios não esteroides e colquicina, bem como antibioterapia por se admitir novo síndrome torácica aguda concomitante. O doente teve alta e manteve seguimento em consulta externa de hematologia Discussão: As síndromes vaso oclusivas são agudizações frequentes de anemia falciforme (AF), sendo o síndrome torácico uma das várias manifestações que podem ocorrer.1 A anemia falciforme permanece uma síndrome frequente em descendentes lusoafricanos. Conclusão: Com este caso pretendemos alertar para o surgimento em doentes com AF, de complicações importantes como a síndrome torácica aguda e para a elevada recorrência desta síndrome, situação para o qual devemos estar atentos

P n.º 0157

O que pode estar por trás da lombalgia?

Dra. Olga Korobka(1);Mafalda Ferreira(1);Filipa Leitão(1);Catarina Forra(1);João Freixo(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Doenças hematológicas

O mieloma múltiplo é uma proliferação maligna de células plasmáticas, caracterizada pela infiltração da médula óssea e destruição extensa óssea, resultando em anemia, dores ósseas e fraturas. Evidencia presença de 10% ou mais células plasmáticas na medula óssea e proteína. Monoclonal no soro e urina. A idade média de apresentação é de 65 anos, tem uma incidência anual de 4 por 100000 habitantes, e é mais frequente no sexo masculino. A sobrevida média é de 5 anos.
L.M., sexo feminino, 66 anos, nacionalidade inglesa.
Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor cervical e lombar de características mecânicas, com 6 meses de evolução. Instalação súbita de paraparésia nos membros inferiores, 24h antes. Perda ponderal de 8 kg nos últimos 3 meses.
Antecedentes de histerectomia por endometriose em 1996 e fumadora ativa de 21 UMA. Exame objetivo sem alterações exceto exame neurológico em que se destacava hipoestesia desde T10 e paraplegia dos membros inferiores.
Analiticamente sem alterações de relevo, nomeadamente anemia, hipercalcemia ou retenção azotada. TC da coluna cervical, dorsal e lombar revelou alterações degenerativas de uncodiscartorse C3, C5 e C6, condicionando estenose foraminal bilateral, e lesões líticas em D7, D8, D11 e L4 e uma formação de tecidos moles, com marcada destruição lítica do corpo de D4 com envolvimento de D3 condicionando encarceramento da medula dorsal. TC toraco-abdomino-pelvica sem alterações. A radiografia do crânio mostrava geodas a nível da região fronto-parietal. Pediu-se:
1) proteinograma eletroforetico que apresenta aumento de beta2 microglobulina e pico monoclonal de IgG Lambda
2) proteinograma urinário - proteínas Bence Jones positivas
3) imunofenotipagem do sangue periférico e medula óssea – sugestivo de Mieloma Multiplo.
Após o diagnóstico realizou uma sessão de radioterapia sobre D1-D4 com 8Gy/1fr, a que se seguiu quimioterapia com bortezomib e corticóides.
Apresenta-se este caso devido à sua forma de apresentação, com uma clínica de instalação insidiosa e importância da necessidade de educação em saúde da população, para uma deteção e orientação precoce deste tipo de patologias na área dos cuidados de saúde primários.

P n.º 0158

Hepatite granulomatosa: Uma manifestação de Sarcoidose

Sofia Manuela Portugal Perdigão(1);Ana Sofia Alves Morais(1);Elizabete Cerqueira(1);Cristiana Sousa(1);António Trigo Faria(2);Fernando Salvador(2);Renata Violante Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A sarcoidose cursa tipicamente com envolvimento difuso pulmonar, mas até 30% dos doentes tem manifestações extrapulmonares. O envolvimento cutâneo ocorre em 25% dos doentes, o envolvimento hepático em 50% dos casos e a fadiga é dos sintomas mais comuns. Caso Clínico: Homem de 71 anos, autónomo com antecedentes de hipertrofia benigna da próstata (HBP) sem medicação habitual. Encaminhado da consulta por síndrome constitucional com 3 meses de evolução e eritema micropapular não pruriginoso dos membros inferiores. Analiticamente destacar um padrão de Citocolestase. Em internamento objetivada febre e rash micropapular não pruriginoso dos membros inferiores e abdómen. Do estudo realizado destacar na tomografia axial computarizada (TAC) toraco-abdomino-pélvica um padrão de fibrose intersticial. As serologias viricas e painel de zoonoses e leptospirose foram negativas. O doente realizou empiricamente antibioterapia com ceftriaxone e doxicilina entretanto suspendida. O rastreio autoimune foi também negativo. A serologia para citomegalovirus (CMV) foi negativo e epstein-barr (EBV) foi positiva. Iniciado tratamento com aciclovir e prednisolona com apirexia sustentada, mas manutenção de citocolestase. Teve alta com o diagnóstico de mononucleose infeciosa e encaminhado para consulta externa de acompanhamento. Reinternamento por agravamento do padrão de citolestase e dos infiltrados pulmonares. Realizou TAC de alta resolução que relatava padrão micronodular das bases pulmonares, pelo que realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar. Objetivada linfocitose 69% e diferencial CD4/CD8 de 4.5, sugestivo de sarcoidose. Realizada ainda biopsia hepática que identificou uma hepatite granulomatosa, confirmando o diagnostico de sarcoidose estadio III. O doente iniciou tratamento com prednisolona 1mg/Kg, assinando alta contra parecer médico ao 29º dia de internamento. Discussão/ conclusão: As manifestações extrapulmonares da sarcoidose são frequentes, com atingimento de múltiplos órgãos, e por vezes podem existir fatores confundidores, pelo que devemos estar alerta para este diagnóstico.

P n.º 0163

Granulomatose com poliangeíte ANCA-negativa

Maria Margarida Andrade(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Rita Valadas(1);Ana Gorgulho(1);Manuel Fernandes(1);Magda Faria(1);Sara Freire(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma vasculite de vasos de pequeno e médio calibre com manifestações nas vias aéreas, renais e cutâneas. Associa-se tipicamente a presença de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA), subtipo proteinase 3. Apenas em 10% dos doentes se verifica ausência destes anticorpos.
Caso Clínico: Mulher de 40 anos, caucasiana, com diabetes mellitus tipo 1, fumadora, recorreu ao serviço de urgência por dispneia para esforços, tosse com expectoração mucosa, toracalgia pleurítica e artralgias inflamatórias dos punhos. Apresentava anemia, leucocitose neutrofílica, PCR 15mg/dL, VS 77mm/h, creatinina 0,8mg/dL, com sedimento urinário normal. Destaca-se ainda ECA 63U/L, Galactomanano negativo, ANA 1:160, FR/CCP/ANCA negativos e HIV negativo. A TC de tórax revelou mais de uma dezena de lesões nodulares parenquimatosas pulmonares, sólidas, sem broncograma aéreo, confluentes e com contacto com a pleura. Na PET identificou-se captação no seio etmoidal esquerdo. A biópsia transtorácica guiada por TC identificou granuloma esclerosante e a biópsia por toracoscopia revelou processo inflamatório granulomatoso necrotizante com vasculite concomitante, negativa para infeções micóticas e para células neoplásticas, compatível com GPA. Foi iniciada corticoterapia e metotrexato com redução difusa das áreas nodulares pulmonares. Por toxicidade do metotrexato, alterou-se imunossupressão para rituximab. Após 2 administrações, verificou-se melhoria clínica franca, PCR 0,34mg/dL, VS 17mm/h e TC tórax com nódulos pulmonares menos expressivos.
Discussão: A GPA pode apresentar-se como doença localizada às vias aéreas em 4-22% dos doentes, sendo que 50% destes são ANCA negativos, o que atrasa a marcha diagnóstica. Perante a suspeita de uma vasculite a ausência de ANCA não exclui o diagnostico de GPA, devendo realizar-se investigação com biópsia tecidual. A doença localizada progride para doença sistémica em 95% dos casos e daqueles em que a doença se mantém localizada, 50% vão manter-se ANCA negativos persistentemente.

P n.º 0165

DÉFICE DE FATOR XI ADQUIRIDO SECUNDÁRIO A COVID-19

Inês Ferreira Pinto(1);Catarina Jacinto Correia(1);Filipa Sousa Gonçalves(1);Nina Jancar(1);Bárbara Queiroz(1);José Duro(1);Mariana Nobre(1);Joana Martins(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO
O défice de fator XI (FXI) é uma coagulopatia rara cuja etiologia mais frequente é congénita. A causa adquirida mais comum é paraneoplásica.

CASO CLÍNICO
Homem, 69 anos, imunossuprimido por transplante renal com disfunção crónica do enxerto G3a KDIGO (etiologia hipertensiva), admitido por abcesso de enxerto renal e pneumonia grave a COVID-19, complicada de pneumonia organizativa e sobreinfecção bacteriana. Iniciou metilprednisolona 1mg/kg, piperacilina/tazobactam e oxigenoterapia de alto fluxo, com melhoria lenta. Verificado prolongamento do aPTT de novo, sem agravamento da função renal ou hepática, heparina em dose supraterapêutica ou critérios de coagulação intravascular disseminada (CID). Estudo de coagulação com défice isolado de FXI (min ~30%), associado a inibidor (teste mistura sem correção) e anticoagulante lúpico negativo. Assumiu-se défice de FXI adquirido em provável contexto infeccioso, secundário a COVID-19, excluindo-se défice de vitamina K, sobredosagem de anticoagulante, doença auto-imune e neoplasia oculta. Por valores hemostáticos de FXI em doente sem discrasia, manteve apenas vigilância.
Ao 20º dia de internamento, novo agravamento clínico e imagiológico do ponto de vista respiratório e, após 24h, quadro de anúria, descida de 6g de hemoglobina, trombocitopenia de novo, agravamento do prolongamento do aPTT e prolongamento de TP de novo, consumo de fibrinogénio e elevação de d-dímeros; função hepática normal, sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Angio-TC com extenso hematoma do psoas esquerdo com extensão ao retroperitoneu e hemorragia ativa. Evolução com choque hemorrágico, disfunção multiorgânica e provável CID, necessidade de admissão em cuidados intensivos e posterior óbito.

DISCUSSÃO
Foram descritos casos de défice de FXI adquirido associado a neoplasias, infeções e doenças auto-imunes. Encontram-se descritos poucos casos de défice de FXI em doentes com infeção COVID-19, pelo que é importante reconhecer esta associação.

P n.º 0166
Causa rara de ascite

Ana Magalhães(1);Andreia Henriques(1);Catarina Reigota(1);Ana Rita Ramalho(1);Ana Borges(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças hematológicas

A ascite é uma condição clínica onde ocorre aumento do volume abdominal que pode ser devido a aumento da pressão oncótica, neoplasias ou processos infiltrativos. Na literatura estão descritos poucos casos de ascite por infiltração de neoplasia hematológica (1, 2). O envolvimento extra nodal dos linfomas ocorre em 25-40% dos doentes e é mais comum nos linfomas não-Hodgkin, sendo o linfoma de células difusas o mais frequente. Esta manifestação da doença hematológica está associada a um mau prognóstico. (3)
Mulher, 70 anos, história de múltiplas vindas ao SU por ascite, edema dos membros inferiores, agravamento de quadro de urticária crónica e sintomas urinários. Referia distensão abdominal com 8 meses de evolução, anorexia e perda de 2% do peso corporal com 3 meses de evolução.
Ao exame objetivo apresentava dor supra púbica e lesões urticariformes dispersas, poupando palmas das mãos e plantas dos pés, associadas a prurido, e micropápulas no joelho esquerdo. Analiticamente tinha aumento dos parâmetros inflamatórios. AP Síndrome da Vasculite Urticariana, Leucemia Linfocitica Crónica LLC-B, MGUS e Tumor miofibroblástico da mama. Na ecografia abdominal apresentava hiperrefletividade de gordura perirrenal compatível com processo infiltrativo. O estudo de doenças auto imunes foi negativo exceto ANAs positivos. A paracentese abdominal mostrou líquido com gradiente aumentado (GASA > 1.1), PMN 9 %, sem crescimento bacteriano. Realizou radiografia, ecografia e RMN mamária que exclui recidiva de neoplasia da mama como causa de ascite. Na TAC TAP foi detetada hepatomegalia e na PET adenomegalias cervicais axilares e inguinais. Após a biópsia de gânglio cervical direito e inguinal inconclusivas fez se biópsia excisional de gânglio axilar com diagnóstico de Linfoma linfocítico. Realizou se biópsia hepática transjugular que corroborou a causa da ascite ser por infiltração do linfoma com envolvimento hepático. A doente foi orientada para Serviço de Hematologia iniciando tratamento com Venetoclax e Obinutuzumab.
De acordo com Vakar-Lopez e Yang existem apenas 20 casos de linfomas com ascite associada como sintoma inicial de doença (2). De relevar que este foi um caso em que houve dificuldade de diagnóstico salientando a importância do estudo do doente de uma forma integradora e persistente.

P n.º 0171

PANCREATITE AGUDA HIPERTRIGLICERIDÉMICA = PLASMAFERESE?

Luís Miguel Relvas(1);Raquel Oliveira(2);Isabel Taveira(2)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda hipertrigliceridémica (PAH) é a terceira principal causa de pancreatite aguda. A hidrólise dos triglicéridos (TG) com formação de estruturas micelares e aumento da viscosidade plasmática, leva a isquemia e acidose pancreática. O objetivo do tratamento é redução dos níveis de TG para < 500 mg/dL. Apresentamos dois casos de PAH com resposta adequada a insulina, indutora da atividade da lipoproteína lipase.
Caso 1: Homem, 31 anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor epigástrica intensa com irradiação para o flanco esquerdo e vómitos com um dia de evolução. Apresentava-se desidratado, taquicárdico, normotenso, com abdómen globalmente doloroso à palpação. Analiticamente, destacava-se hemoglobina 18.4 g/dL, hematócrito 44.3%, leucócitos 22500/µL, TG 1652 mg/dL, amílase 888 U/L; soro lipémico. O estudo imagiológico excluiu litíase, admitindo-se PAH. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intermédios e iniciou insulina em perfusão que manteve durante 36 horas, até TG < 500 mg/dL.
Caso 2: Homem, 45 anos, diabético e com PAH prévia. Recorreu ao SU por dor abdominal em cinturão de 4 dias de evolução. Analiticamente, destacava-se hemoglobina 14.7 g/dL, leucócitos 11700/µL, glucose 225 mg/dL, TG 8391 mg/dL, amílase 76 U/L, lípase 126 U/L, creatinina indetetável; soro lipémico. A ecografia abdominal excluiu litíase. Admitiu-se PAH. Admitido em enfermaria, iniciou insulina rápida em bólus fixa 4/4 horas, durante 5 dias, com diminuição progressiva dos TG e resolução do quadro.
CONCLUSÃO: A insulina é uma alternativa segura e custo-eficaz no tratamento da PAH, relativamente à plasmaferese, indisponível em alguns centros. A literatura atual baseia-se sobretudo em séries de casos, sendo necessários estudos mais robustos. Nos casos apresentados, a insulina é usada de duas formas distintas. A perfusão permite um controlo mais rápido e seguro, embora o esquema de bólus possa ser uma alternativa em enfermaria.

P n.º 0172

O ENIGMA DA RECORRÊNCIA...

Luís Miguel Relvas(1);Isabel Taveira(2)
(1) CHUA Faro (2) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: Apesar da elevada prevalência de doença vascular cerebral, a dissecção da artéria carótida interna (ACI) é uma etiologia pouco frequente, representando cerca de 2% de todas as causas.

CASO: Homem de 34 anos, nacionalidade inglesa de férias em Portugal, com história de dissecção espontânea da ACI esquerda em 2015, tendo estado anti-agregado durante 1 ano. Recorre ao serviço de urgência por quadro de início súbito caracterizado por cefaleia e cervicalgia acompanhado de ptose palpebral. Negava qualquer trauma ou esforço físico recente. Objetivava-se, clinicamente, miose pupilar, anidrose e ptose palpebral direita. Perante o Síndrome de Horner, realizou AngioTC que confirmou a disseção do segmento cervical alto da ACI direita, com pequeno aneurisma postero-medial. Manteve vigilância clínica contínua não tendo nunca apresentado outras alterações ao exame objetivo. A AngioRM e o estudo analítico realizado (que incluiu estudo auto-imune e genético) não evidenciaram alterações. Foi equacionada a hipótese de realização de angiografia, tendo-se considerado que os riscos seriam superiores ao benefício. O doente teve alta hospitalar sob anti-agregação simples e assintomático. Apesar disso, regressou duas semanas depois por agravamento da cefaleia, sem alterações neurológicas “de novo”, tendo-se objetivado agravamento da disseção carotídea no seu segmento intra-craniano. Perante o evidente agravamento, e tendo o doente cumprido o repouso relativo aconselhado, optou-se em equipa por alterar a estratégia preventiva para anticoagulação com anticoagulante direto.

DISCUSSÃO: A dissecção habitualmente resolve espontaneamente e a sua recorrência é rara, sendo de 2% no primeiro ano e 1% após esse período. Neste caso, houve uma recorrência, contralateral ao primeiro evento, 7 anos após o primeiro. Infelizmente o estudo efetuado até ao momento não permitiu identificar causa etiológica para uma intervenção mais eficaz, e a estratégia de prevenção utilizada mantém-se discutível.

P n.º 0177

Doença associada a IgG4 e presença de crioaglutininas: uma associação desconhecida

José Fragoso Duro(1);Filipa Sousa Gonçalves(1);Mariana Lessa Simões(1);Nina Jancar(1);Inês Pinto(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A doença associada a imunoglobulina G4 (IgG4) caracteriza-se por infiltração de tecido fibroinflamatório no seio dos órgãos, dependendo as manifestações e a gravidade clínica daqueles que são afectados.
Caso clínico: Homem de 51 anos, com diabetes tipo 2, recorre ao hospital por uma semana de vómitos pós-prandiais e dor nos quadrantes inferiores do abdómen; adicionalmente com anorexia, sudorese nocturna e perda ponderal nos últimos meses. Na avaliação complementar destacavam-se: anemia microcítica; TC-abdómino-pélvica: massa hipodensa envolvendo o corpo distal e cauda do pâncreas, com indefinição do parênquima pancreático e massa de tecidos moles retroperitoneal, envolvendo os vasos lombo-aórticos. Iniciou investigação, destacando-se: elevação da velocidade de sedimentação; eritrócitos aglutinados; pesquisa de crioaglutininas positiva; teste de Coombs negativo; ausência de parâmetros de hemólise; elevação de IgG1 e IgG4; imunofixação sérica sem monoclonalidade; biópsia ósteomedular hipocelular; imunofenotipagem de gânglio abdominal sem alterações; histologia de biópsia pancreática sem alterações; histologia de lesão retroperitoneal: tecido fibroso, sem padrão estoriforme, com moderado infiltrado inflamatório, predominantemente plasmocitário, com imunohistoquímica dos plasmócitos com relação IgG4/IgG aumentada, inferior a 40%, com contagem de mais de 30 células IgG4. Foi realizado o diagnóstico provável de doença associada a IgG4, e iniciada prednisolona 0,6 mg/kg/dia, com melhoria das manifestações clínicas e imagiológicas e normalização dos níveis de IgG4; tomografia de positrões (PET) sem evidência de actividade inflamatória activa.
Discussão: no estudo de lesões sugestivas de fibrose, deve ser relembrada a doença associada a IgG4; a associação com doença por crioaglutininas não está estabelecida; o presente caso pretende contribuir para a futura elucidação da relação entre estas duas condições.

P n.º 0181

QUANDO A FEBRE NÃO É EVIDENTE – UM CASO DE AORTITE INFECIOSA ASSOCIADA A PRÓTESE ENDOVASCULAR

Inês Santos(1);Maria Inês Simão(1);Maria João Lúcio(1);Catarina Cabral(1);Joana Alves Vaz(1);Maria Manuela Soares(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: As infeções associadas a próteses endovasculares comportam elevada morbimortalidade. O tratamento baseia-se na antibioterapia (3 a 6 semanas) e na reparação vascular. Os principais factores de risco são a existência de dispositivo, antecedente infecioso, imunossupressão e aterosclerose. A extensão ao musculo psoas cursa habitualmente com dor lombar, febre, anorexia e perda ponderal.
CASO CLÍNICO: Homem de 68 anos, com história de hipertensão arterial, tabagismo, diabetes melitus tipo 2, aneurisma da aorta abdominal com rotura contida com colocação de prótese aorto-ilíaca há 9 anos e episódio prévio de endocardite aguda bacteriana. Recorre ao serviço de urgência por lombalgia direita e febre com uma semana de evolução. Analiticamente destaca-se leucocitose e PCR de 10,6mg/dL. Perante antecedentes realizou TC abdominal que documentou EVAR com prótese aorto-bi-iliaca; lúmen da aorta abdominal sem ectasia anómala, com regular preenchimento por contraste. Acentuada densificação envolvendo circunferencialmente a aorta abdominal no segmento infra-renal até ao plano da sua divisão. Presença de pequenas bolhas gasosas adjacentes aos contorno postero-lateral esquerdo da endoprótese. Espessamento bilateral de ambos os músculos psoas, mais expressivo à direita, resultante de locas em relação com abcessos retroperitoneais, compatíveis com aortite infeciosa com abcesso do músculo psoas, factos confirmados com cintigrafia de leucócitos activados. Iniciou antibioticoterapia com piperacilina-tazobactam, cumprindo posteriormente esquema de clindamicina e amoxicilina. Foi realizada drenagem percutânea do abcesso do psoas, sem isolamento microbiológico. O ecocardiograma transesofágico excluiu vegetações valvulares. Realizou 6 semanas de antiobioterapia com boa resposta.
DISCUSSÃO: Os autores documentam um caso de patologia vascular complexa, associada a complicações da endoprótese, sem possibilidade de substituição de dispositivo, condicionando episódios de repetição.

P n.º 0184

Tempestade Tiroideia: um diagnóstico diferencial de hipertermia, taquicardia e disfunção neurológica

Ana Rita Ramalho(1);André Jorge(1);Sara Matos(1);Adriana Henriques(1);Carla Cecília Nunes(1);Maja Petrova(1);Rui Pina(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A tempestade tiroideia é uma emergência endócrina com elevada mortalidade, cujos sintomas cardinais são hipertermia, taquicardia e disfunção neurológica. Pode ocorrer na sequência de infeção, trauma ou cirurgia.
Caso Clínico: Mulher, 55 anos, com antecedentes de miocardiopatia dilatada, asma e fibrilhação auricular, com 3 vindas ao Serviço de Urgência (SU) em 8 dias por taquicardia. No último episódio com síncope, hemiplegia direita, afasia e desvio conjugado do olhar à esquerda, compatível com síndrome total da circulação anterior esquerda cardioembólico. Fez Tomografia Computorizada (TC) e angioTC cerebral que confirmaram trombo na artéria cerebral média esquerda, tendo sido submetida a trombectomia primária com revascularização completa. Às 24H a TC mostrou transformação hemorrágica ligeira e a doente iniciou quadro febril com elevação dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 15x10^9/L, proteína C reativa 33mg/dL), com inicio de antibioterapia empírica e rastreio séptico, sem nenhum isolamento. Ao 5º dia com hipertermia persistente (picos 41ºC) com necessidade de antipiréticos fixos, corticoterapia e arrefecimento periférico levando a agravamento clínico com disfunção multiorgânica, apesar de parâmetros inflamatórios em perfil descendente. Ao 11º dia a doente apresentou episódio de taquicardia de complexos estreitos (FC >200bpm) com instabilidade hemodinâmica e prostração, tendo sido admitida em Unidade de Cuidados Intermédios, onde foi detetada TSH <0.004uUI/mL e T4L 2.78ng/dL, com anticorpos TRABS positivos, tendo sido assumido o diagnóstico de tempestade tiroideia. Apesar de inicio de terapêutica dirigida, a doente acabou por falecer ao 17º dia.
Discussão: A sobrevivência destes doentes apenas pode ser otimizada com um diagnóstico precoce e imediata intervenção com medidas de suporte e tratamento dirigido. A sensibilização clínica para esta forma de apresentação rara e cujo diagnóstico não pode ser estabelecido apenas com base em exames laboratoriais revela-se assim de extrema importância.

P n.º 0186
Endocardite Infeciosa: Diagnóstico em Marcha Atrás
João Cravo(1);Marta Miguez Vilela(1);Joana Gouveia(1);Joana Brito(1);Hugo Cadilha(1);Milton Camacho(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa, pode apresentar-se de forma atípica, com complicações locais e sistémicas presentes à data do diagnóstico, sendo necessário um alto grau de suspeição. Em cerca de 1% dos casos pode mimetizar quadro de polimialgia reumática.

Caso Clínico: Homem 78 anos, com prótese aórtica biológica, internado por quadro consumptivo, febre diária de 38,5ºC, fraqueza muscular proximal, dor e rigidez da cintura escapular e pélvica com 7 semanas de evolução. À admissão, febril, parésia proximal grau 3/5 dos membros inferiores e sopro sistólico aórtico. A destacar: anemia normocítica de novo, parâmetros inflamatórios aumentados com proteína C reativa (25 mg/dL) e velocidade de sedimentação (120 mm/h). Estudo de autoimunidade, enzimas musculares e serologias infeciosas negativas. Excluída neoplasia, tuberculose, espondiloartropatia e miopatia autoimune. Tomografia axial computorizada lombo-sagrada com suspeita de espondilodiscite em L1-L2, mais tarde confirmada por ressonância magnética. Hemoculturas com isolamento de Streptococcus lutiensis. Ecocardiograma com vegetação aderente a cúspide de prótese aórtica. Assumida a hipótese de endocardite, com complicações sistémicas, pelo que inicia antibioterapia dirigida, com boa evolução clinico-laboratorial. Durante o internamento, inicia quadro de coma persistente e picos febris de novo. Angiografia crânio-encefálica exclui oclusão de grandes vasos e hemorragia. Sem evidência de etiologia tóxico-metabólica. Imagiologia de reavaliação com múltiplos focos hipodensos compatíveis com embolização séptica. Eletroencefalograma com evidência de estado mal não convulsivo. Proposto para internamento em cuidados intensivos, com evolução desfavorável para o óbito.

Este caso recorda-nos que patologias comuns podem ter apresentações atípicas com marchas diagnósticas invertidas, como ponto de partida as suas complicações.

P n.º 0187

Síndrome paraneoplásico como primeira manifestação de tumor oculto

Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Título: Síndrome paraneoplásico como primeira manifestação de tumor oculto
Introdução: Os síndromes paraneoplásicos neurológicos podem estar associados a qualquer tumor, mais comumente a neoplasias do pulmão ou doenças associadas a paraproteinemia, como mieloma múltiplo ou linfoma.
Caso clínico: Homem de 71 anos, internado por quadro com um ano de evolução lentamente progressivo de alteração da sensibilidade com componente disestésico, a condicionar dificuldade na marcha e incontinência de esfíncteres. Concomitantemente, emagrecimento, sudorese noturna e dor cervical e lombar. No exame neurológico apresenta tetraparésia de predomínio crural com queixas sensitivas distais. A tomografia axial computorizada (TAC) cranioencefálica não mostrou alterações e a ressonância magnética do neuroeixo excluiu mielopatia espondilótica, identificando infiltração óssea difusa do esqueleto axial. Analiticamente, destaca-se anemia, trombocitopenia e gamapatia monoclonal IgG lambda. Mielograma e biópsia óssea sem alterações. Realizou TAC toraco-abdomino-pélvica que revelou esplenomegalia com expressão micronodular hipovascular múltipla sugestiva de doença linfoproliferativa e tomografia por emissão de positrões com hipermetabolismo no esófago, gânglios mediastínicos e osteomedular. Efetuou endoscopia digestiva alta, cuja histologia identificou gastrite crónica com infiltrado linfoide na lâmina própria. A eletromiografia confirma polineuropatia axonal sensitivo-motora, admitindo-se associação a síndrome paraneoplásico de provável linfoma de baixo grau.
Discussão: Este caso reflete a gravidade da apresentação de um síndrome paraneoplásico neurológico, sob a forma de polineuropatia axonal sensitivo-motora, bem como o desafio diagnóstico na busca de um tumor oculto.

P n.º 0192

Dor abdominal com múltiplas lesões nodulares intra-abdominais.

Ana Cristina Almeida Santos Costa(1);António Pessoa(1);Francisca Santos(1);Daniela Félix(1);Margarida Madeira(1);Joana Carreira(1);Hugo Viegas(1);Eugénio Dias(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O diagnóstico diferencial da dor abdominal no serviço de urgência é muitas vezes desafiador, pois a intensidade e localização da mesma, nem sempre tem relação com a gravidade da doença primária. Quando analítica e imagiologicamente não conseguimos esclarecer a causa, poderemos ter de recorrer a laparoscopia/laparatomia.
Caso Clínico: Homem de 53 anos, com antecedentes familiares de pai e primo (1º grau) com carcinoma do colon rectal. Recorre à urgência por dor abdominal intensa, acompanhada por mal-estar geral, náuseas e perda ponderal de 5kg, em 2 meses. À observação com dor abdominal (quadrantes esquerdos) à palpação profunda. Analiticamente sem alterações relevantes. Realizou ecografia e tomografia computorizada abdominal apresentando múltiplas lesões nodulares, na região mesentérica e lombo-aórtica (maior com 7,1x4cm) e conglomerados adenopáticos na região do colo/cefálica do pâncreas. Suspeitou-se de metastização abdominal, com neoplasia primária oculta, discutindo-se caso com gastroenterologia e cirurgia geral. Realizou-se biopsia da massa mesentérica por laparoscopia (convertida em laparotomia), tendo o exame histopatológico revelado: Linforma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHB DGC), com estadiamento (IIIB), sendo referenciado à hemato-oncologia.
Discussão: Os LNH são divididos de acordo com o tipo de célula de origem (B, T e NK). Os LHNB correspondem a 85% dos casos, persistindo a etiologia desconhecida. Existem fatores de risco, como neste caso clínico, que agravam o prognóstico da doença: sexo masculino, mais de 60 anos, linfomas de alto grau, doença volumosa (> 5cm), estádio III-IV e envolvimento superior a 4 áreas ganglionares. Nestes casos, mesmo com tratamento agressivo precoce, muitos doentes acabam por falecer. Este caso destaca-se pela apresentação inespecífica de um sintoma comum na urgência, sem alterações analíticas relevantes, e que se revelou uma patologia com mau prognóstico, tendo este doente falecido, um ano após tratamentos com quimioterapia.

P n.º 0199

Dor abdominal como apresentação atípica de espondilodiscite

Joana Marinho(1);João Peixoto(1);Dilva Silva(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlila Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução A Espondilodiscite ocorre principalmente em adultos com mais de 50 anos. Os maiores fatores de risco incluem uso de drogas injetáveis, endocardite infecciosa, patologia degenerativa ou cirurgia prévia da coluna, Diabetes (DM), corticoterapia ou outros estados de imunossupressão. Apresenta-se sobretudo com dor intensa localizado ao disco afectado mas que pode irradiada para nomeadamente para o abdómen. Sintomas neurológicos podem também estar presentes.
Caso Clínico Mulher, 73 anos, autónoma, com DM, recorreu ao SU por desorientação T/E febre com 2 dias de evolução e dor abdominal generalizada. Referia ainda anorexia e perda de peso (18%) com 1 ano de evolução. Não alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente, tinha leucócitos 11,9x109, neutrófilos 10,82 x109, PCR 19 mg/dl; VS 68. Ecografia e o raio-x abdominal não apresentava alterações. Foi internada admitindo-se a hipótese de zoonose. Iniciou ceftriaxone e doxiciclina. Do estudo efectuado, destaca-se fratura recente de L4 (sem trauma associado) com discite em TC abdominal, confirmada na RM coluna lombo-sagrada. As hemoculturas, serologias efetuadas e o quantiferon foram negativos. Fez ainda ecocardiograma que excluiu endocardite infeciosa e TC CE que não mostrou alterações agudas. Cumpriu 8 semanas de antibioterapia com resolução do quadro.
Conclusão A clínica atípica apresentada pela doente dificultou o diagnóstico precoce, contudo a exclusão de patologia do foro abdominal permitiu que se colocasse espondilodiscite enquanto diagnostico diferencial. Também não foi identificado gérmen, pelo que a antibioterapia efetuada se manteve empírica, contudo um sucesso no que toca a recuperação da doente. Apesar de raro, o diagnóstico e a disponibilidade de métodos de imagem de eleição como a RM, são essenciais para permitir tratamento precoce dirigido e prevenir complicações.

P n.º 0205
Um caso de polifagia febril

Rita Soares(1);Joana Marques(1);Ana Nunes(1);Giovana Ennis(1);Mafalda Miranda(1);Nuno Monteiro(1);Sónia Reis Santos(1);João Machado(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças oncológicas

As encefalites imunomediadas podem ser paraneoplásicas ou autoimunes. A encefalite paraneoplásica pode se manifestar como encefalite limbica ou envolver de forma disseminada o neuroeixo, como na encefalomielite paraneoplásica.
Mulher de 57 anos, autónoma, é referenciada ao serviço de urgência por alteração do comportamento, desorientação temporoespacial e discurso verborreico com um mês de evolução e agravamento na última semana. Tinha antecedentes de histerectomia total há 5 anos por tumor mulleriano misto localmente invasivo. Era medicada com trimetazidina. Do estudo etiológico realizado, analiticamente sem alterações de relevo, TC-CE sem alterações, e estudo de LCR inocente. Durante o internamento desenvolveu febre sem focalização determinada, associada a sintomas de polifagia compulsiva e desinibição frontal. Foi excluída endocardite aguda e brucelose, colonoscopia, endoscopia, estudo tiroideu e TC-TAP sem alterações. Serologia VIH e vírus hepáticos negativos. Realizou RM cerebral que demonstrou imagem de encefalite límbica e PET-TC onde foram visualizadas múltiplas adenopatias hipermetabólicas, tendo sido um destes gânglios biopsado, cujo estudo anatomopatológico revelou metastização ganglionar por adenocarcinoma de origem provável em mama, pulmão ou aparelho ginecológico. Iniciou imunoglobulina e corticoterapia, no entanto, evoluiu com disfunção cognitiva progressiva, tendo falecido alguns meses após alta hospitalar.
A encefalite límbica caracteriza-se por alteração humoral e do comportamento, amnésia anterógrada, crises convulsivas e disfunção cognitiva. A disfunção hipotalâmica pode-se manifestar através de hipertermia, sonolência e alterações endócrinas. Os sintomas geralmente evoluem ao longo de dias a semanas, mas apresentações indolentes (ao longo de meses) também foram descritas. O dano celular é extenso e irreversível, e a recuperação neurológica frequentemente inexistente, mesmo sob tratamento dirigido à neoplasia e imunoterapia.

P n.º 0207

Do urotélio à pele - um caso de metastização cutânea de carcinoma urotelial

Jessica Paiva Fidalgo(1);Ivanna Ostapiuk(1);André Silva(1);Rúben Salgueiro(1);Catarina Tavares Valente(1);Luís Santos(1);Diogo Carriço(1);Daniela Nascimento(2);Maria Inês Sequeira(1);Carina Santos(1);Ana Teresa Moreira(1);Ildefonso Fidalgo(1)
(1) ULS Guarda, EPE (2) ULS do Norte Alentejano, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O padrão de metastização habitual do carcinoma urotelial é ganglionar, pulmonar, ósseo e hepático. A metastização cutânea é rara, ocorrendo em menos de 1% dos casos, indicando mau prognóstico.

Caso clínico: Homem de 77 anos, antecedente de prostatectomia simples, hábitos tabágicos marcados e etílicos ocasionais. Recorreu à Urgência por hematúria e realizou cistoscopia com diagnóstico de tumor vesical. A ressecção transuretral revelou carcinoma urotelial papilar invasor de alto grau e 8 meses após, foi submetido a nefrouretectomia esquerda. Após 5 meses, a RMN de vigilância mostrou lesão expansiva sólida entre o psoas ilíaco esquerdo e quadrado lombar, cuja biópsia revelou metastização de carcinoma urotelial. Iniciou Gemcitabina/Carboplatina, com resposta imagiológica favorável. Contudo, 11 meses depois, denotaram-se 2 nódulos na região epigástrica e adenopatias axilares bilaterais e supra-clavicular esquerda. A TC revelou metastização ganglionar axilar, infiltração blástica e exuberante nodularidade e infiltrado subcutâneo. Removida adenopatia axilar que revelou metástase de carcinoma previamente diagnosticado. Posteriormente, por hipercalcémia maligna, foi tratado com bifosfonato, fluidoterapia e furosemida, retomando quimioterapia após resolução, com manutenção de ácido zoledrónico, com desaparecimento gradual dos nódulos referidos. Por progressão de doença óssea, iniciou 2ª linha com Pembrolizumab. Após 2 meses, verificou-se surgimento de lesão cutânea no tórax anterior sugestiva de malignidade e crescimento franco das adenopatias axilares. Suspendeu tratamento e iniciou 3ª linha com Paclitaxel, com melhoria clínica, 3 semanas após.

Discussão: O diagnóstico de metastização cutânea pode ser difícil devido à similaridade com lesões cutâneas primárias, sendo o seu reconhecimento precoce fundamental, permitindo adequar as terapêuticas existentes, com vista a melhorar o prognóstico.

P n.º 0210

SIADH e Síndrome de Cerebral Salt Wasting sequenciais após traumatismo crânio-encefálico

Raquel Oliveira(1);Viviana Martins(1);Dília Valente(1);Maria José Grade(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH) e a síndrome de Cerebral Salt Wasting (CSW) são as causas mais comuns de hiponatremia central após traumatismo crânio-encefálico (TCE), embora raramente ocorram como consequência do mesmo traumatismo. O diagnóstico diferencial entre estas duas etiologias é de extrema relevância, uma vez que os seus tratamentos são opostos, e o diagnóstico errado pode levar a iatrogenia importante.
Caso: Um homem de 74 anos, previamente autónomo, com hipertensão arterial, foi trazido ao Serviço de Urgência (SU) por queda de uma ravina de 20 metros, da qual resultou TCE com hemorragia subaracnoideia, hematoma subdural direito, e fraturas da calote e base cranianas, complexo zigomático-maxilar e pavimento orbitário. Durante o internamento em Neurocirurgia, desenvolveu hiponatremia (128 mmol/L) sob fluidoterapia com soro isotónico, refratária a terapêutica com soro hipertónico. Normalizou a natremia apenas após instituição de terapêutica fixa com fludrocortisona, assumindo-se finalmente o diagnóstico de CSW, e teve alta medicado com fludrocortisona. Passados 2 meses, retornou ao SU por prostração e confusão, encontrando-se hemodinamicamente estável e euvolémico. Analiticamente, com Na+ 124 mmol/L, osmolaridade sérica diminuída, osmolaridade urinária aumentada, Na+ urinário aumentado e hipouricemia; TSH e ACTH dentro dos valores de referência. Pela euvolémia desde da admissão, assumiu-se SIADH e iniciou restrição hídrica, com posterior resolução da hiponatremia.
Apresentamos um caso de CSW e SIADH sequenciais após episódio único de TCE grave. Trata-se de uma situação rara, em que após resolução do CSW o mesmo doente desenvolve SIADH tardio, havendo poucos casos semelhantes descritos na literatura. Serve o presente para ilustrar a importância e a dificuldade do diagnóstico diferencial entre estas duas entidades e os potenciais efeitos deletérios a longo prazo de um TCE grave.

P n.º 0215

Granulomatose com poliangeíte: a pseudo-tuberculose

José Diogo Martins(1);Inês Freitas(1);Anita Cunha(1);Nuno Pardal(1);Ana Catarina Carvoeiro(1);Ana Raquel Afonso(1);Augusta Silva(1);Cátia Barreiros(1);Manuel Ferreira(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
As vasculites associadas a ANCA nomeadamente a granulomatose com poliangeíte (GPA), são vasculites necrotizantes sistémicas que afetam os vasos de pequeno e médio calibre, em territórios orgânicos diversos,como o pulmão e o rim. O reconhecimento precoce permite a abordagem terapêutica mais célere com impacto na mortalidade.

Caso clínico:
Homem, 48 anos, com antecedentes de tabagismo e alcoolismo. Recorre ao médico de família por tosse não produtiva, emagrecimento (~6kg), anorexia, astenia, hipersudorese noturna e poliartralgias (joelho, tornozelos e punhos), com início 2 meses antes. Realizou radiografia do tórax que identificou uma cavitação no lobo superior esquerdo, motivo pelo qual foi encaminhado para a consulta de diagnóstico pneumológico. Nesse contexto realizou múltiplas baciloscopias nas secreções brônquicas e até pesquisa de micobactérias por lavado broncoalveolar (LBA), que se revelaram sempre negativas, contudo, pela alta suspeita de tuberculose pulmonar, iniciou terapêutica com HRZE. 2 meses após o início de tratamento, recorreu ao SU por manutenção das queixas, tendo ficado internado para estudo complementar. No internamento, verificou-se aumento das dimensões da cavitação pulmonar, tendo sido repetidas baciloscopias, LBA (novamente negativos) e foi alargado o estudo etiológico. Do estudo realizado, apresentou ANCA anti-PR3 positivo tornando o diagnóstico de GPA o mais provável. Foi realizada biópsia transpulmonar da lesão (confirmando padrão inflamatório), excluído envolvimento de outros órgãos e sobreinfeção bacteriana, tendo posteriormente iniciado tratamento de indução com corticoterapia e posteriormente com Rituximab com melhoria clínica e analítica.

Conclusão:
Dada a ainda alta prevalência de tuberculose pulmonar em Portugal, a existência de cavitações em estudos de imagem, levam frequentemente à suspeita desta entidade clínica e até início de tratamento. No entanto, doenças reumatológicas como a descrita acima podem mimetizar a tuberculose clínica e imagiologicamente. Nesse sentido, estes diagnósticos devem ser considerados e excluídos, especialmente nos doentes não respondedores a anti-tuberculosos.

P n.º 0224

Hiponatrémia hipotónica: um desafio diagnóstico e terapêutico

Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Diana Silva Fernandes(1);Ana Rita Marques(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A hiponatrémia associa-se a morbimortalidade importante e mesmo sintomas ligeiros podem afetar a qualidade de vida dos doentes. O seu diagnóstico constitui um desafio por se associar a múltiplas patologias.
Caso clínico: Mulher de 70 anos, admitida por cefaleia frontal com duas semanas de evolução, refratária a analgesia e em agravamento, com presença de náuseas, vómitos e ligeira desorientação. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial e síndrome depressivo, medicada com losartan, hidroclorotiazida e mirtazapina. Sem antecedentes cirúrgicos ou traumas recentes. Apresentava tensão arterial 171/83 mmHg, apirexia, sem alterações ao exame neurológico e euvolémica. Analiticamente natrémia de 115mmol/L, sem alterações da glicemia ou sugestivas de pseudohiponatrémia e osmolaridade sérica diminuída (249 mOsm/Kg).
Durante o internamento foi suspenso o diurético tiazídico e, posteriormente, a mirtazapina, com manutenção de hiponatrémia, mesmo sob fluidoterapia hipertónica inicial, seguida de restrição hidríca. A urina 24h revelou uma osmolaridade urinária de 235 mOsm/Kg e natriurese de 46 mmol/L. Foram excluídos hipotiroidismo e hipocortisolismo e a doente não tinha alterações sugestivas de doença renal, hepática ou cardíaca.
A tomografia computorizada crânioencefálica (TC-CE), radiografia torácica e endoscopia digestiva alta não revelaram alterações. Na endoscopia digestiva baixa observou-se diverticulose.
Dadas a manutenção de cefaleias optou-se por submeter a doente a RMN-CE, que revelou a presença de um meningioma, assumindo-se como causa o Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Anti-Diurética (SIADH).
A doente manteve restrição hidríca e iniciou suplementação com cloreto de sódio. Atualmente, mantém restrição hídrica e seguimento em consulta, com natrémia controlada e foi reencaminhada para consulta de Neurocirurgia.
Discussão: O meningioma é uma causa rara de SIADH reportada na literatura. Salienta-se a necessidade de reflexão, não só pela causa identificada, mas também pelo desafio diagnóstico, que implicou busca continua de causas e a optimização terapêutica até à estabilidade clínica.

P n.º 0229
Sarcoidose incidental

Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Diana Silva Fernandes(1);Ana Rita Marques(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Em cerca de metade dos doentes, a sarcoidose é detetada acidentalmente por alterações radiológicas realizadas noutro contexto, previamente ao desenvolvimento de sintomas. O diagnóstico é difícil, implicando manifestações clínicas e radiográficas compatíveis, exclusão de outras patologias de apresentação semelhante e a presença de granulomas não caseosos na histopatologia.
Caso clínico: Mulher de 31 anos, fumadora, sem outros antecedentes de relevo. Assintomática, com achado incidental em radiografia torácica de múltiplas opacidades nodulares de contornos esbatidos em ambos os pulmões e tomografia computorizada torácica de alta resolução que mostrou envolvimento adenopático em conglomerado difuso, envolvendo todos os níveis mediastínicos, envolvimento adenopático hilar bilateral, múltiplas áreas de consolidação vagamente nodular de contornos irregulares e espiculados com distribuição bilateral, aspectos estes suspeitos de patologia linfomatosa. Analiticamente, ECA ligeiramente elevada (90 U/L), serologias infecciosas e eletroforese de proteínas sem alterações, ANAs negativos, B2 microglobulina 2384 ng/mL (normal), VS 35mm/h. Sem alterações da função renal, função tiroideia, da enzimologia hepática ou das provas de coagulação. Realizou ainda TC abdominopélvica que não tinha alterações. Realizou biópsia percutânea de gânglio cervical supraclavicular direito que demonstrou linfadenite granulomatosa compatível com suspeita diagnóstica de sarcoidose. Foi excluído envolvimento ocular e a doente apresenta ecocardiograma e espirometria normais. Atualmente mantém seguimento.
Discussão: Este representa um caso de diagnóstico acidental, como descrito na literatura. Apesar de a doente não apresentar sintomas de momento, é essencial a monitorização para evitar complicações e providenciar uma melhor qualidade de vida e prognóstico.

P n.º 0238
Trombocitopenia de etiologia desconhecida
José Pedro Pimenta(1);Sofia Miguelote(1)
(1) Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombocitopenia pode estar associada a uma miríade de condições e doenças, podendo apresentar-se desde achado acidental em estudo laboratorial, a hemorragia ameaçadora da vida ou associada a trombose.
O seu estudo etiológico difere, devendo ser adequado e individualizado consoante o cenário clínico em que ocorre, o que torna a trombocitopenia um verdadeiro desafio diagnóstico na prática clínica moderna.
Caso: Homem, de 47 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna, por trombocitopenia assintomática, e adenomegalias mediastínicas e hilares bilaterais, detetadas em TC, após recorrência ao SU por quadro gripal simples.
Antecedentes de silicose e diminuição da acuidade visual no olho direito de etiologia desconhecida. Sem terapêutica habitual.
Foi seguido regularmente e, após exclusão de iatrogenia, realizou estudo complementar, mantendo a trombocitopenia, com valor mínimo de 35000 plaquetas. Foi realizada TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou hepatoesplenomegalia homogénea, múltiplas adenopatias mediastínicas, hilares bilaterais e abdominais, de dimensão máxima 23mm e, em sede renal bilateral, áreas de entalhe cortical, sugestivas de pequenos enfartes renais, sem alterações vasculares evidentes no estudo. Serologias virais e estudo imunológico negativos. Realizou ecocardiograma para exclusão de causa embólica de enfarte renal, sem alterações.
Realizou endoscopia digestiva alta, sem sinais de hipertensão portal. Realizou Mielograma, com medula normocelular, sem alterações sugestivas de doença linfoproliferativa. Foi realizado EBUS com biópsia de gânglio, sem células suspeitas de malignidade ou granulomas.
Vacinado contra microrganismos encapsulados, tendo sido proposto para esplenectomia, que aguarda agendamento.
Discussão: Trombocitopenia e esplenomegalia podem ser um desafio diagnóstico, sendo que, por vezes, a etiologia permanece por esclarecer apesar do workup diagnóstico. A esplenectomia, apesar do risco infecioso e trombótico associado, poderá ser uma opção diagnóstica e terapêutica apropriada para estes indivíduos.

P n.º 0240

Plasmaferese como terapêutica na Pancreatite aguda secundária a hipertrigliceridémia

Mariana Shore de Almeida(1);Francisco Gomes(1);Joana Cartucho(1);Bruno Bonito(1);Maria do Rosário Ginga(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A Pancreatite aguda é uma condição inflamatória manifestada por dor abdominal e elevação sérica das enzimas pancreáticas. A hipertrigliceridémia é a sua terceira causa, após a litíase biliar e o álcool.
O presente caso descreve um homem de 42 anos, ucraniano, sem doenças ou medicação conhecidas, sem consumos toxicofílicos. Recorreu ao serviço de urgência por dor epigástrica com irradiação dorsal, em cinturão, com intensidade 8/10, sem fatores de alívio ou agravamento, com vómitos que agravavam com a ingesta alimentar. Negou febre, diarreia, perdas hemáticas, sudorese ou dispneia. Ao exame objetivo, estava apirético, com bom perfil tensional, abdómen depressível, doloroso à palpação profunda do epigastro e hipocôndrios, sem defesa peritoneal, sem massas palpáveis e com ruídos hidroaéreos presentes.
Analiticamente, a destacar lípase de 171 U/L, amílase 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 descrevia 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.
Do estudo etiológico realizado, apresentou triglicéridos de 4675 mg/dl, com colesterol total de 1156 mg/dl, compatível com o diagnóstico final de Pancreatite aguda secundária a hipetrigliceridémia. Foi acordada transferência para Unidade de Cuidados Intensivos para realização de plasmaferese, com uma duração total de 4 horas, a qual decorreu sem intercorrências, com descida dos valores de triglicéridos para 597 mg/dl. Iniciou dieta hipolipídica, estatina e fibrato, com evolução favorável, tendo alta. Em consulta de reavaliação, apresentava perfil lipídico controlado.
O presente caso clínico tem como objetivo realçar a plasmaferese como alternativa terapêutica na necessidade de redução abrupta da hipertrigliceridémia.

P n.º 0244

Sequestro pulmonar com fístula coronário-pulmonar diagnosticado na terceira idade

Maria Margarida Rosado(1);Cláudia Queirós(1);Manuel Teixeira Almeida(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: Um sequestro pulmonar é uma entidade rara, consistindo numa massa de tecido pulmonar não funcionante, normalmente com vascularização e comunicação com a árvore traqueobrônquica anómalas. A maioria são intrapulmonares, localizam-se no lobo inferior e são vascularizados pela aorta abdominal ou torácica.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 83 anos, diagnosticado com enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST realizou angiografia coronária que revelou uma fístula entre a porção distal da artéria circunflexa e o lobo pulmonar inferior direito. Realizou Tomografia Computorizada (TC) de tórax que identificou um sequestro pulmonar do lobo inferior direito. A Broncofibroscopia demonstrou oclusão do brônquio inferior direito e lavado broncoalveolar sem células neoplásicas. Pela natureza assintomática do sequestro, optou-se por uma abordagem conservadora, não tendo o doente sido referenciado para cirurgia.
Discussão: Um sequestro pulmonar vascularizado por uma artéria coronária, como neste caso, é extremamente raro, existindo menos de vinte casos descritos na literatura. A estratégia terapêutica depende da gravidade dos sintomas, estando a cirurgia indicada em doentes com dor, infeções recorrentes ou hemoptises, permanecendo controversa nos casos assintomáticos. No caso apresentado, o diagnóstico foi feito de forma incidental durante uma angiografia coronária que demonstrou uma comunicação entre uma artéria coronária e uma estrutura pulmonar. Devido à natureza assintomática deste sequestro, o diagnóstico apenas foi feito na terceira idade, pelo que se optou por uma atitude conservadora.

P n.º 0252

NOCARDIOSE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Margarida Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);Isabel Fernandes(1);Luísa Pinto(1);Francisco Gonçalves(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A nocardiose é uma infeção rara que afeta pulmão, pele e sistema nervoso central. O diagnóstico é difícil, pela clínica muitas vezes silenciosa, pela necessidade de procedimentos invasivos para colheita de amostra e pelo crescimento cultural lento.
Apresenta-se o caso de um homem, 61 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, fibrilação auricular hipocoagulada, insuficiência cardíaca por miocardiopatia hipertrófica hereditária, doença renal crónica por nefropatia IgA corticotratado há 6 meses. Admitido por cefaleias frontais ligeiras e tonturas com 5 dias de evolução. Exame neurológico sem alterações. Analiticamente com leucocitose 14.100/uL com neutrofilia, PCR 15mg/L. Tomografia computorizada (TAC) cerebral com "lesão expansiva arredondada, de limites bem definidos, hipodensa, com halo isodenso, com exuberante hipodensidade digitiforme em contexto de edema vasogénico/infiltração tumoral". Pela ausência de clínica infeciosa e de elevação significativa dos marcadores inflamatórios, assumida como mais provável a hipótese de metástase. Foi internado para estudo, tendo realizado TAC toraco-abdomino-pélvico sem identificação do tumor primário. Realizou ressonância magnética cerebral que permitiu melhor caracterização da lesão, mais sugestiva de abcesso cerebral. Serologias HIV, toxoplasmose, cisticercose negativas. Hemoculturas negativas. Neurocirurgia procedeu a colheita de produto cerebral com isolamento de Nocardia cyriacigeorgica. Iniciou terapêutica empírica com cotrimoxazol e imipenem, alterado para linezolide e ceftriaxone de acordo com antibiograma e por toxicidade renal. Foi submetido a exérese do abcesso. Cumpriu terapêutica endovenosa durante 7 semanas e oral com linezolide durante mais 5 semanas. Apresentou boa evolução clínica e analítica.
A nocardiose pode ser confundida com tumor primário ou secundário. A elevada suspeição clínica é essencial para um diagnóstico e terapêutica adequados.

P n.º 0254
TERATOMA COM TRANSFORMAÇÃO MALIGNA - UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Margarida Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);Isabel Fernandes(1);Luísa Pinto(1);Francisco Gonçalves(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores germinativos do sistema nervoso central são muito raros, podendo ser germinomas, não germinomas (onde se incluem os teratomas) ou mistos. Os teratomas têm origem em células pluripotentes, contendo tecido das 3 linhagens germinativas (endoderme, mesoderme, ectoderme). Podem-se classificar em teratomas maduros, imaturos ou com transformação maligna.
Apresenta-se o caso de uma mulher, 59 anos, sem antecedentes relevantes, admitida por discurso confuso e dificuldade na compreensão com 1 semana de evolução. Neurologicamente, com afasia mista. Tomografia computorizada (TAC) crânio com "lesão expansiva, de limites mal definidos, morfologia irregular, envolvendo o plexo coróideu do ventrículo lateral esquerdo, com extensão à superfície ependimária, ao esplénio do corpo caloso e à vertente posterior do centro semioval; densidade alta, capta contraste de forma moderada e heterogénea, com hipodensidade digitiforme envolvente" e com sinais de hidrocefalia. Ressonância magnética do crânio sugestiva de glioma. Evolui com depressão do estado de consciência com necessidade de derivação ventricular externa. É submetida a exérese tumoral, cuja histologia revela metástase de carcinoma com diferenciação epidermóide. Da pesquisa de neoplasia primária, avaliação do tegumento cutâneo sem lesões suspeitas. Avaliada por otorrinolaringologia que não identifica lesões na cabeça/pescoço. TAC cervico-toraco-abdomino-pélvico com lesão na cavidade uterina, cuja ecografia transvaginal revela ser fibromiomatose. Tomografia por emissão de positrões (PET) apenas com captação patológica a nível cerebral. Pela inexistência de outro foco tumoral epidermóide, é pedida a revisão das lâminas, com o diagnóstico final de teratoma com transformação maligna somática. Doente é orientada para consulta de grupo para decisão de tratamento subsequente.
A integração clínica-radiológica-histológica foi crucial para este diagnóstico extremamente raro, difícil de obter e com prognóstico reservado.

P n.º 0255
O QUE OS OLHOS NÃO VEEM

Margarida Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);Isabel Fernandes(1);Luísa Pinto(1);Francisco Gonçalves(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A febre é um sinal clínico frequente que se associa a uma constelação de patologias, desde infeciosas, inflamatórias, neoplásicas ou degenerativas.
Apresenta-se o caso de uma mulher, 53 anos, institucionalizada por perturbação da personalidade, antecedentes de epilepsia, sífilis e apendicectomia. Quadro com 5 dias de evolução de febre bidiária, astenia, anorexia, vómito alimentar, dor abdominal e disúria, sem alterações do trânsito intestinal. Documentada em ambulatório infeção urinária por Escherichia coli multissensível, tendo cumprido nitrofurantoína durante 5 dias, com manutenção da febre. À admissão com anemia (Hb 10.6g/dL), PCR 239mg/L. Radiografia tórax, TAC crânio e ecografia abdominal superior sem alterações. Hemoculturas e urocultura negativas. Ecocardiograma sem endocardite. IGRA negativo. TAC abdominal documenta líquido ascítico, sem estigmas de doença hepática, assim como "aspeto ligeiramente tumefacto e com hipercaptação aparentemente na dependência do apêndice ileocecal com discreta densificação da gordura envolvente e ligeira reação da fáscia lateroconal". Realiza paracentese com abundantes polimorfonucleares, gradiente albumina sero-ascítica 0.5. É submetida a laparotomia exploradora com identificação de massa pericecal e implantes peritoneais sugestivos de carcinomatose peritoneal. Biópsia da massa revela granulomas com necrose central, com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes negativa. Posteriormente, cultura do líquido ascítico identifica Mycobacterium tuberculosis, confirmando o diagnóstico de tuberculose peritoneal. Excluído atingimento pulmonar. Inicia esquema tuberculostático (isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida), com suspensão da rifampicina e pirazinamida por toxicidade hepática e substituição por levofloxacina e linezolide. Apresentou boa evolução clínica e analítica.
A tuberculose peritoneal é um diagnóstico difícil que exige grande suspeição clínica. A persistência da investigação foi crucial para o diagnóstico.

P n.º 0260

SÍNDROME NEFRÓTICO - APRESENTAÇÃO TÍPICA, ETIOLOGIA ATÍPICA

Margarida Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);Isabel Fernandes(1);Luísa Pinto(1);Francisco Gonçalves(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças renais

O síndrome nefrótico define-se por proteinúria nefrótica (superior a 3.5g/24h), hipoalbuminemia e edema periférico, associado frequentemente a dislipidemia e doença trombótica. A principal causa nas crianças é a doença das lesões mínimas; no adulto associa-se geralmente a doença sistémica como diabetes, amiloidose, lúpus eritematoso sistémico, ou doença das lesões mínimas, glomeruloesclerose segmentar e focal e nefropatia membranosa.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 20 anos, sem antecedentes patológicos, admitida por quadro com 3 meses de evolução de edema periférico de agravamento progressivo, associado a noção de poliúria. Analiticamente com função renal normal, com documentação de proteinúria nefrótica (6.5g/24h), hipoalbuminemia (2.3g/dL) e dislipidemia (triglicerídeos 294mg/dL e colesterol total 431mg/dL). Ecografia renal revelou rins com dimensões conservadas, boa diferenciação parenquimossinusal. Do estudo, sem diabetes, eletroforese proteínas séricas sem picos, serologias hepatites B, C e HIV negativas, estudo imunológico com ANA, anti-dsDNA, anti-membrana basal glomerular, fator reumatóide negativos, imunoglobulinas normais, sem consumo complemento, VS 91mm/h. Iniciou ramipril e atorvastatina. Considerada como hipótese mais provável doença das lesões mínimas ou glomeruloesclerose segmentar e focal, pelo que realizou biópsia renal, tendo iniciado corticoterapia empiricamente. Histologia revelou ser compatível com nefropatia de IgA. Pela presença de proteinúria significativa e consequente risco de progressão de doença, manteve tratamento com corticóide, com posterior desmame progressivo, com boa evolução clínica.
A nefropatia de IgA é frequente na segunda e terceira décadas de vida, mas apresenta-se mais frequentemente com hematúria, acompanhada por infeção da via aérea superior, e apenas raramente com síndrome nefrótico. É importante o seu diagnóstico para instituição de terapêutica dirigida, assim como monitorização apertada para evitar progressão.

P n.º 0262

Hiperparatiroidismo Primário – relato de um caso clínico

Joana Marina Gouveia(1);Marta Vilela(1);João Cravo(1);Madalena Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hipercalcemia é uma alteração iónica comum, sendo que os sintomas podem surgir consoante os valores apresentados e o grau de instalação (agudo ou crónico). Uma hipercalcemia severa (> 14mg/dL) implica tratamento imediato e uma das causas mais comuns é o Hiperparatiroidismo Primário.
Com este caso, os autores pretendem rever a correta abordagem, diagnóstico e o tratamento.
Trata-se de um homem de 74 anos, com antecedentes de carcinoma de células renais com nefrectomia à direita, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial e Doença Renal Crónica estadio 3 multifactorial. Admitido na urgência por um quadro de vómitos, náuseas, anorexia, obstipação, prostração e diminuição da força muscular proximal (grau 4/5) nos membros inferiores. Analiticamente apresentava uma hipercalcemia de 18.8 mg/dL, Cálcio ionizado de 2.53 mmol/L e agravamento da função renal com creatinina de 4,1 mg/dL.
O estudo da hipercalcemia revelou à admissão uma hormona paratiroideia (PTH) de 1475 pg/dL, com cintigrafia das paratiroides negativa. Foram equacionadas outras causas de elevação de PTH e hipercalcemia como Hiperparatiroidismo terciário, síndrome paraneoplásico, linfoma, doenças granulomatosas (sarcoidose e tuberculose), mieloma múltiplo e causa farmacológica.
Por intermédio da TC tórax foi encontrada lesão nodular hipodensa e discretamente heterogénea em localização atípica (interpretada como paratiroide ectópica).
Assim, após discussão em equipa multidisciplinar, foi assumido o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário e proposto paratiroidectomia.
Perante o estudo deste caso, é importante realçar que devemos ter uma abordagem célere na hipercalcemia severa, sendo esta uma emergência endocrinológica. Não esquecer, que o diagnóstico do Hiperparatiroidismo primário é laboratorial e os exames de imagem podem ser falsos negativos, tendo estes um propósito assente no planeamento cirúrgico ao invés de intuito diagnóstico.

P n.º 0264

HIPONATRÉMIA AGUDA: UM CASO CONTROVERSO A DESPISTAR

Diogo André(1);Fabiana Gouveia(1);Pedro Gouveia(1);João Gaspar(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: Define-se como Hiponatrémia (HipoNa) uma concentração sérica de sódio (Na) < 135mmol/L, sendo esta alteração analítica frequente entre doentes hospitalizados. CASO CLÍNICO: Homem de 63 anos com hipertensão arterial, dislipidemia e traumatismo encefálico recente, medicado com rosuvastatina, ezetimibe, azilsartan e clorotalidona. Recorreu o serviço de urgência por tonturas, náuseas e diarreia. Objetivamente sem alterações, porém analiticamente com HipoNa de 105mmol/L e tomografia computorizada (TC) de crânio com enfarte lacunar sequelar do hemisfério esquerdo cerebelo. Doente foi internado e removidos potenciais fármacos suspeitos de iatrogenia. Apesar da reposição de Na, doente manteve-se em HipoNa, motivo pelo qual fez estudo de cortisol sérico, sem alterações, e estudo de urina de 24 horas, destacando-se volume, Na e ácido úrico urinários aumentados. Ressonância Magnética Encefálica descreveu “focos contusionais hemorrágicos cortico-subcortical fronto-basal com lateralização esquerda, e frontal superior anterior parasagital esquerda. Focos glióticos dispersos. Hipófise sem alterações”. TC Abdominal com “Possível hiperplasia das supra-renais. Espessamento parietal de reto e sigmóide com redução luminal”. Colonoscopia sem alterações. Face ao exposto, assumiu-se quadro de Cerebral Salt Waste Syndrome (CSW) e iniciou-se fludrocortisona, com boa resposta clínica e analítica. DISCUSSÃO: CSW caracteriza-se por HipoNa e depleção de líquido extracelular devido à perda de Na na urina, resultante da libertação de peptídeo natriurético cerebral e/ou diminuição da atividade simpática central. A incidência de CSW não é clara, pois a sua existência é muitas vezes confundida com a Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH), dado que ambas cursam com HipoNa e Na urinário elevado. Desta forma, é vital uma avaliação meticulosa, pois a CSW é uma entidade a ser equacionada em qualquer doente com doença do sistema nervoso central e HipoNa.

P n.º 0272

Um caso raro de Fasceíte Necrotizante por Escherichia coli

Sara Campos(1);Ana Rita Ribeiro(1);Maria Margarida Rosado(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Fasceíte Necrotizante (FN) é uma infeção rara com elevada mortalidade. Classifica-se em tipo I (polimicrobiana) ou tipo II (monomicrobiana), causada por bactérias Gram positivas. Alguns especialistas consideram ainda um tipo III (monomicrobiana por Gram negativos), que surge em doentes imunodeprimidos e que se associa a um pior prognóstico.
Caso clínico: Homem de 50 anos com história de cirrose hepática alcoólica, recorreu ao Serviço de Urgência por febre associada a dor e edema no membro inferior esquerdo (MIE). Ao exame objetivo, sinais inflamatórios mal delimitados no MIE com 2 soluções de continuidade com drenagem purulenta e petéquias. Foi admitido com o diagnóstico de celulite e iniciou antibioterapia com pouca resposta, verificando-se o aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou Tomografia Computorizada (TC) do MIE, que mostrou coleções de conteúdo líquido e gasoso em toda a coxa e perna, compatíveis com FN. Foi submetido a fasciotomia com identificação de E. coli multissensível no tecido excisado e cumpriu antibioterapia dirigida com melhoria.
Discussão: A FN apresenta-se clinicamente com febre e sinais inflamatórios na região afetada, sendo a Ressonância Magnética o exame de eleição para o diagnóstico, contudo a TC poderá ser suficiente. O diagnóstico precoce é fulcral e o tratamento implica desbridamento cirúrgico e antibioterapia. A sequenciação do genoma bacteriano não foi realizada, mas poderia ter sido útil na identificação da virulência da estirpe. Este caso de FN por E. coli num doente com cirrose hepática, para além da sua raridade, destaca-se pela evolução favorável consequente a um diagnóstico atempado, que contornou o prognóstico muito reservado desta situação clínica.

P n.º 0275

Hipertensão arterial maligna, doença obsoleta?

Joana Alves Luís(1);André Resendes Sousa(1);João Carvalho(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Mário Barbosa(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Os clínicos dedicam-se à prevenção, deteção e tratamento precoces da hipertensão arterial (HTA), tornando os casos de HTA maligna incomuns. Com o decurso natural da doença, a lesão de órgão-alvo é prevenível se a otimização e adesão terapêutica forem conseguidas.
Caso clínico: Doente de 47 anos, sexo masculino, caucasiano, recorreu ao serviço de urgência por quadro de visão turva, escotomas, cansaço, cefaleias e diminuição subjetiva do débito urinário com 1 mês de evolução. Objetivamente, pálido e pressão arterial 222/158 mmHg. Sem alterações neurológicas. Analiticamente, anemia da doença crónica, ureia 323 mg/dL, creatinina 12,22 mg/dL, NTproBNP 256086 pg/mL, Na+ 129 mmol/L, hiperparatiroidismo secundário e exame sumário de urina com proteinuria 4+ e hemoglobinúria. Esfregaço sangue periférico com esquizócitos. Tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) sem alterações. Eletrocardiograficamente, taquicardia sinusal e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Fundoscopia com retinopatia de grau IV segundo classificação de Keith-Wagener-Barker. Iniciou-se controlo tensional e hemodiálise. Na anamnese apurou-se valores tensionais >140/90 mmHg desde os 40 anos, sem medicação.
Da investigação etiológica, excluíram-se causas de HTA secundária. Ecocardiograma complementado com ressonância magnética cardíaca revelou cardiopatia hipertensiva e excluiu fenótipos que cursam com hipertrofia, como amiloidose ou miocardiopatia hipertrófica. Ecografia renal com achados de doença renal crónica, AngioTC renal excluiu estenose das artérias renais e biópsia renal revelou microangiopatia trombótica aguda vascular.
Após controlo tensional, reversão das queixas de cansaço e melhoria das alterações visuais. O doente teve alta dependente de hemodiálise.
Discussão: O caso apresentado destaca-se por ser ilustrativo das complicações sistémicas decorrentes da evolução da hipertensão arterial. Urge alertar para a gravidade mascarada pela indolência da doença em fases precoces, evoluindo inexoravelmente quando mal controlada.

P n.º 0282
Fármaco comum, complicação rara

Joana Alves Luís(1);João Carvalho(1);Ana Cochicho Ramalho(1);André Resendes Sousa(1);Mário Barbosa(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A apresentação cutânea de vasculites é muito variada, podendo apresentar-se somente com lesões petequiais ou purpúricas e em casos mais graves conduzir a hemorragia fatal. Cerca de 20% está associada a fármacos, e é designada por vasculite leucocitoclástica. Quando induzida por fluroquinolonas, pode igualmente apresentar-se associada a nefrotoxicidade.
Caso clínico: Doente de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, cardiopatia isquémica e enfisema pulmonar, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de edema periférico bimaleolar com dor associada à direita, com 3 dias de evolução. Negava febre, tosse, dor abdominal ou outras queixas de órgão. Ao exame objetivo, salientava-se presença de lesões purpúricas no terço distal de ambas as pernas, com maior exuberância na perna direita. Da anamnese, apurou-se que se tratava de um doente medicado com levofloxacina 500 mg nos 6 dias antes de recorrer ao serviço de urgência. Negava introdução de outros fármacos e viagens recentes. Durante a permanência no serviço de observação foi efetuada toma de levofloxacina endovenosa, que levou ao agravamento do quadro com maior número de lesões purpúricas com extensão à raiz da coxa. Analiticamente destacava-se ligeira leucocitose e neutrofilia, lesão renal aguda e PCR 5.67 mg/dL. Esfregaço de sangue periférico sem alterações. Ecografia abdominal, renal e vesical sem alterações. O doente foi observado pela Dermatologia, que realizou biopsia das lesões. Assumiu-se a hipótese diagnóstica de vasculite leucocitoclástica associada à toma de levofloxacina, pelo que se suspendeu o fármaco e se instituiu corticoterapia. Após início de tratamento, verificou-se evolução favorável das lesões.
Discussão: Destaca-se a importância da elevada suspeição no diagnóstico das vasculites induzidas por fármacos, uma vez que a suspensão do fármaco causador é uma medida crítica e decisiva nesta doença, cuja evolução pode ser fatal.

P n.º 0289

RECIDIVA TUMORAL TARDIA DE UM CANCRO DA MAMA

Carolina Amado(1);Tiago Valente(1);Ana Rocha Oliveira(1);Bárbara Paracana(1);Laura Batista(1);Margarida Cruz(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças oncológicas

O risco de recorrência tardia do cancro da mama (após 5 ou mais anos do diagnóstico inicial) é baixo, estando os fatores de risco ainda pouco estabelecidos.
Mulher, 67 anos, pós-menopausa, com antecedentes pessoais de carcinoma da mama submetido a quadrantectomia, quimioterapia e braquiterapia em 1998, sem sinais de doença há mais de 10 anos, e sem medicação crónica. Foi enviada à consulta de Medicina Interna por queixas de astenia, anorexia, perda ponderal (10 Kg em 1.5 meses) e náuseas. Negava febre, hipersudorese noturna, queixas álgicas ou outras respiratórias, genito-urinárias ou gastrintestinais. Ao exame objetivo apresentava-se com palidez mucocutânea, sem outras alterações de relevo, nomeadamente adeno ou organomegalias palpáveis. Analiticamente, anemia ligeira e VS 29 mm/1ªH. Realizou TC-TAP com evidência de massa retroperitoneal (44x30mm de maior diâmetro) envolvendo a artéria ilíaca direita, sem plano de clivagem com músculo psoas-iliaco esquerdo, compatível com conglomerado adenopático. Sem evidência de lesões mamárias em RMN. A biópsia guiada por TC revelou metastização de carcinoma pouco diferenciado, primário da mama, triplo positivo (HER2, Receptor de estrogénio (ER) e Receptor de progesterona (PR)). A doente cumpriu radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia, no entanto, e apesar de evidência imagiológica de regressão tumoral, veio a falecer cerca de dois anos após o diagnóstico.
A recorrência tardia do cancro da mama é uma realidade, com casos reportados até 32 anos após o diagnóstico inicial. Mulheres com envolvimento linfático significativo, lesão tumoral de dimensão elevada, título de ER elevado ou positividade RE/RP, para além de terapêutica com tamoxifeno constituem fatores de risco para a recorrência tardia. Os autores pretendem alertar para a eventual necessidade de vigilância contínua destes doentes, de tratamentos mais agressivos ou de novas técnicas terapêuticas.

P n.º 0297

Artrite Séptica da Articulação Manubrioesternal

João Luís Cavaco(1);Inês Moreira Sousa(1);Inês Fernandes Pedro(1);Maria Bragança(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1);Anabela Oliveira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO. A pioartrose da articulação manubrioesternal é uma entidade rara, correspondendo a menos de 1% de infeções articulares. Apresenta mortalidade elevada e, como fatores de risco, destaca-se o uso de drogas injetáveis e imunossupressão. Apresentamos o caso de um homem com celulite esternal a Staphylococcus aureus meticilino-sensível (MSSA) e embolização secundária múltipla.
CASO CLÍNICO. Homem de 45 anos, recluso, com antecedentes de infeção por vírus da imunodeficiência humana e vírus de hepatite C por toxicofilia por via endovenosa. Admitido de urgência por alteração do estado de consciência, documentando-se choque distributivo, com elevação de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda, hipoxemia grave e encefalopatia. Apresentava discreto eritema do manúbrio esternal e sinais de isquémia do membro superior direito, com mão cianosada e ausência de pulsos umeral e radial. A TC torácica documentou coleção líquida com bolhas gasosas em redor da articulação manúbrio-esternal, sugestiva de artrite séptica. Após colheita de material biológico para exames culturais, incluindo aspiração da coleção esternal, iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina-ácido clavulânico e foi submetido a tromboembolectomia, com posterior admissão em unidade de cuidados intensivos, onde se documentou bacteriémia por MSSA com endocardite, pneumonia e embolização múltipla com lesões intra-cerebrais isquémicas, e óbito subsequente.
DISCUSSÃO. A artrite séptica da articulação manubrioesternal é uma entidade rara de elevada mortalidade. Merece ser relembrada com este caso para que a sua semiologia seja recordada no sentido da sua valorização e o início imediato de uma antibioterapia dirigida pela história epidemiológica do doente, depois ajustada por antibiograma. No caso descrito o agente infecioso identificado no pus desta articulação foi detectado também como agente responsável de patologia letal, à distância.

P n.º 0302

Celulite com choque séptico por Clostridioides perfringens – uma entidade rara

João Luís Cavaco(1);Francisco Faustino(1);Ivânia Soares(1);Margarida Santos Silva(1);Paula Rocha(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO. A manifestação mais frequente de infeção por Clostridioides sp. corresponde à enterocolite por C. difficile que ocorre geralmente em doentes hospitalizados tratados com antibioterapia de largo espectro recentemente. O C. perfringens é um bastonete Gram positivo anaeróbico que pode originar toxicoinfeção alimentar, enterite necrosante, e, quando invade os tecidos moles, mionecrose e gangrena (gasosa), esta última com elevada mortalidade. Apresentamos o caso de uma doente imunocompetente com celulite a C. perfringens.
CASO CLÍNICO. Mulher de 71 anos, sem antecedentes médicos de relevo, com situação sociofamiliar precária, residente em habitação com muito deficientes condições de higiene. Recorre ao serviço de urgência por prostração e edema da perna esquerda. Evolução rápida para choque séptico com provável ponto de partida em eczema microbiano do pé esquerdo, complicada de celulite desse membro; sem queixas gastro-intestinais. Exame de TC excluiu gangrena ou coleções intra- e perimusculares. Após antibioterapia de largo espectro, ajustada após documentação de bacteriémia a C. perfringens (penicilina), destaca-se evolução global favorável com resolução do choque.
DISCUSSÃO. As infeções cutâneas por Clostridioides perfringens exigem um diagnóstico precoce e rápida identificação de complicações. A presença de bacteriémia secundária a celulite apresenta maior mortalidade associada. Nesta doente, associamos a 'porta de entrada' cutânea às condições precárias de higiene da habitação. É de assinalar a raridade da sua forma de apresentação com celulite inicial e toxémia com bacteriémia identificada nas hemoculturas conducente a choque séptico em escassas horas.

P n.º 0304

Apresentação atípica de pneumonite de aspiração

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Paula Monteiro(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO. O diagnóstico diferencial de estenose brônquica inclui patologia extra- e intra-brônquica, geralmente de etiologia neoplásica ou por aspiração de corpo estranho. Esta última é mais frequente em idade pediátrica e nos doentes mais idosos, com alguma disfunção laringofaríngea associada (por patologia cerebrovascular ou síndrome demencial). Apresentamos o caso de um doente adulto, sem antecedentes médicos de relevo, com pneumonite por aspiração de conteúdo alimentar – não valorizada pelo doente.
CASO CLÍNICO. Homem de 61 anos, grande fumador, com queixas de tosse produtiva, febre, dispneia e dor torácica pleurítica na base direita; refere concomitantemente perda ponderal nas semanas prévias. Recorre ao serviço de urgência, documentando-se elevação de parâmetros inflamatórios, hipoxemia ligeira e condensação do lobo inferior direito sugestivo de pneumonia bacteriana. Realiza exame de TC, que levanta a hipótese de estenose de brônquio lobar inferior direito, a merecer reapreciação por exame endoscópico. Dado o síndrome consumptivo, foi colocada como primeira hipótese diagnóstica neoplasia pulmonar ou brônquica com pneumonia obstrutiva secundária. A broncofibroscopia documentou a presença de corpo estranho – uma ervilha – no brônquio principal direito, tendo sido removida, com consequente resolução das queixas.
DISCUSSÃO. A aspiração de corpos estranhos de dimensões reduzidas ocorre mais frequentemente para o brônquio principal direito por apresentar maior diâmetro, menor comprimento e por menor angulação na bifurcação traqueal. Em doentes adultos, sem distúrbios laringofaríngeos primários ou secundários, a aspiração é geralmente sintomática, com frequente pneumonite secundária. Destacamos este caso pela forma atípica da sua instalação, com repercussões sintomáticas desvalorizadas pelo doente já que eram semelhantes a outros episódios infeciosos respiratórios que considerava habituais.

P n.º 0305
Um caso de síncope
João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Síncope por síndrome do seio carotídeo no contexto de neoplasias cervicais é rara. Pode acontecer por compressão extrínseca ou por invasão tumoral do seio carotídeo como principais mecanismos fisiopatológicos. Apresentamos um caso de carcinoma pavimento-celular oculto com metastização cervical, sendo a síncope a sua manifestação principal.
Caso Clínico: Um homem de 74 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, sem queixas até junho 2018, inicia odinofagia, sialorreia, disfagia de agravamento progressivo, perda ponderal involuntária (30kg em 2 meses) e síncope após rotação crânio-cervical para a direita, tendo sido este o motivo pelo qual recorre ao serviço de urgência. Apresentava disfonia, dificuldade na rotação da cabeça para a esquerda e elevação do ombro direito, protusão da língua com desvio para a direita, sem adenopatias cervicais. A nasofibrolaringoscopia documenta apagamento da valécula direita e parésia da hemilaringe direita. A TC cervical revelou lesão jugulo-carotídea direita com invasão dos últimos 4 nervos cranianos, com encarceramento das artérias carótidas interna e externa, mantendo todavia normal permeabilidade após a sua origem. O exame anátomo-patológico sugere carcinoma pavimento-celular. Massagem de seio carotídeo direito despoletou bradicardia sinusal, sem pausas, mas induzindo náuseas, vómito e tonturas, pelo que foi colocado pacemaker. O doente veio a falecer 11 meses depois.
Discussão: Lesões tumorais da cabeça e pescoço apresentam-se frequentemente com odinofagia, sialorreia e parésias variáveis dos últimos 4 nervos cranianos. Contudo, a síncope reflexa por disfunção do seio carotídeo por neoplasia é rara. Admitem-se dois principais mecanismos fisiopatológicos: compressão tumoral ou invasão do seio carotídeo ou de terminações do vago e do glossofaríngeo. Se sintomático, o tratamento preferencial do síndrome de seio carotídeo é a colocação de pacemaker prevenindo novas bradidisritmias.

P n.º 0306
Uma causa de delirium

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de mortalidade por neoplasia. Mais de 80% dos casos corresponde a adenocarcinoma. Apesar da metastização durante a história natural da doença ser frequente, a sua presença na apresentação inicial é incomum.
Caso Clínico: Homem de 73 anos, com hábitos tabágicos ativos (60 UMA), que inicia em julho 2019 quadro de insónia, inquietação, alucinações visuais e delirio persecutório. O exame objetivo não tinha alterações nem a avaliação laboratorial inicial. Exame de TC-CE com “múltiplas lesões nodulares bihemisféricas com edema digitiforme, de provável natureza secundária”. O radiograma torácico, complementado por TC, documentou massa espiculada periférica do lobo superior direito. O exame anatomopatológico da massa pulmonar biopsada revelou adenocarcinoma. Foi admitida psicose orgânica secundária a adenocarcinoma do pulmão metastizado para o sistema nervoso central. Resolução do delirium com farmacoterapia. Cumpriu radioterapia holocraniana com intuito paliativo pelo seu prognóstico reservado, tendo o doente falecido 4 meses depois.
Discussão: Apesar da metastização cerebral ser frequente no decurso da evolução do cancro do pulmão, a sua ocorrência na apresentação inicial ocorre em menos de 10%. Sublinhamos a apresentação rara neuro-psíquica de delírio como manifestação inaugural que proporcionou o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão.

P n.º 0315

Dermatomiosite paraneoplásica – a propósito de um caso clínico

Rafael Marques(1);Alexandra Machado(1);Catarina Silva Santos(1);Marta Brandão Calçada(1);Joana Sequeira(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças oncológicas

A dermatomiosite (DM) e´ uma miopatia inflamato´ria idiopa´tica rara caracterizada pela presenc¸a de leso~es cuta^neas e inflamac¸a~o muscular, podendo atingir outros o´rga~os. Em 15-54% dos casos de DM uma neoplasia e´ diagnosticada e, nestes, a resposta terapêutica fica comprometida e progno´stico reservado.
Mulher, 64 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD 3C. Recorreu ao Serviço de Urgência por eritema palpebral bilateral e nos membros superiores, inferiores e tronco, pruriginoso, com 2 semanas de evolução. Associadamente fraqueza muscular proximal dos membros superiores e inferiores, mialgias, sem dispneia ou disfagia. No exame objetivo, rash heliotropo com edema palpebral, pápulas de Gottron, sinal do xaile e eritema periungueal. No exame neurológico com défice grau 4 na abdução dos ombros e flexão das coxas; grau 4+ na flexão dos cotovelos e dorsiflexoão dos pés. Apresentava adenopatia axilar e supra-clavicular esquerdas, consistência pétreas e aderentes aos planos profundos. Analiticamente com elevação da creatina quinase (1850IU/L) e mioglobina (716.3ng/mL), ANA negativo e PCR 6.4g/dL. Biópsia muscular com infiltrados inflamatórios no perimísio, raras fibras em necrose e expressão de MHC-I compatível com DM; painel de auto-imunidade de miosites negativo. Ecografia e ressonância magnética mamária com lesão suspeita, BI-RADS6 e biópsia aspirativa de nódulo na mama esquerda compatível com carcinoma invasor tipo não especial, triplo negativo. Biópsia do gânglio axilar esquerdo compatível com metástase. Em reunião de grupo oncológico decidido quimioterapia neoadjuvante. Realizou 3 pulsos de metilprednisolona 1g EV com melhoria clínica e analítica. Atualmente com prednisolona 1 mg/Kg/dia, referenciada para consulta de doenças auto-imunes.
O caso ilustra uma DM paraneoplásica sendo essencial o diagnóstico precoce e a abordagem por uma equipa multidisciplinar, uma vez que o tratamento depende da apresentação do tumor e da DM.

P n.º 0317

Meningite por Listeria monocytogenes em adulto imunocompetente

Rafael Marques(1);Luis Neto Fernandes(1);Carla Pereira Fontes(1);Samuel Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Listeria monocytogenes (LM) é um bacilo gram positivo com potencial de causar doença invasiva (incluindo meningite e bacteriémia) em doentes imunocomprometidos, assim como nos extremos de idade e grávidas. Tal fenómeno, contudo, é raro em indivíduos imunocompetentes.
Homem de 48 anos, sem antecedentes patológicos além de consumo excessivo de álcool (70 g/dia). Admitido por quadro de febre, cefaleias e mialgias com 4 dias de evolução; sem contexto epidemiológico de relevo. Apresentava-se febril (temperatura timpânica 40.3 ºC), hemodinamicamente estável, com desorientação temporo-espacial e discreto tremor das extremidades; sem rigidez da nuca ou outras alterações ao exame físico. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios (leucocitose neutrofílica, proteína C reativa-297.7 mg/L e procalcitonina-4.32 ng/mL)), anticorpo anti-VIH negativo. Tomografia computorizada cerebral sem lesões. O estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou pleocitose (1676 leucócitos, com 58% de polimorfonucleares e 41% de mononucleares), hiperproteinorráquia (184 mg/dL) e consumo de glicose (54 mg/dL). Assumido quadro de meningite, tendo iniciado antibioterapia empírica com ceftriaxone e ampicilina. Pesquisa no LCR por biologia molecular positiva para LM, tendo-se isolado o mesmo agente em 3 hemoculturas. Associada gentamicina à ampicilina, mantendo o esquema durante 14 dias, documentando-se evolução clínica e analítica favoráveis; hemoculturas de controlo negativas. Ressonância magnética cerebral excluiu complicações.
O alcoolismo está associado a um aumento do risco de infeção por LM, incluindo em imunocompetentes. O nível de suspeição deverá ser elevado, visto que, contrariamente a outras causas de meningite bacteriana, os doentes podem não apresentar sinais de irritação meníngea e o LCR pode apresentar um número substancial de linfócitos (>25%).

P n.º 0320
Salvo pelo Anatomo-Patologista

João Diogo Faustino(1);Raquel Vieira(1);Paula Mesquita(1);Cláudia Rosado(1);Margarida Badior(2);Henrique Coelho(2);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
A icterícia obstrutiva resulta do atingimento desde os hepatócitos/canalículos biliares até ao ducto biliar comum em contexto de patologia infeciosa, tóxica, autoimune ou neoplásica. De entre as neoplasias destaca-se o colangiocarcinoma hilar (Tumor de Klatskin) que envolve a bifurcação dos ductos hepáticos e representa 10% das neoplasias hepatobiliares. O fígado pode ser alvo ainda de infiltração de outras neoplasias sólidas/ metástases ou linfoproliferativas.

CASO CLÍNICO
Apresenta-se um homem de 42 anos, sem antecedentes médicos nem medicação habitual que recorre ao serviço urgência por náuseas, epigastralgia sob a forma de cólica e icterícia com 1 semana de evolução. Analiticamente com hiperbilirrubinemia direta (bilirrubina total 24,7mg/dL) e aumento das enzimas de citocolestase hepáticas. A ecografia abdominal mostrou hepatomegalia com dilatação das vias biliares (VB) intra-hepáticas secundária a imagem hipoecogénica no hilo hepático com 14 mm. Em internamento realizou colangio-RMN que evidenciou imagem de stop na região do hilo hepático, onde se definia uma lesão infiltrativa, que embainhava e obliterava a confluência biliar, e a porção proximal da VB principal com caraterísticas de colangiocarcinoma, assim como outras lesões de carater infiltrativo bilobares. Efetuou biópsia da lesão cujo estudo anátomo-patológico evidenciou diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB), tendo realizado quimioterapia com esquema R-CHOP. Após 6 ciclos de quimioterapia, houve normalização analítica e a PET scan não mostrou sinais de doença ativa.

DISCUSSÃO
O Tumor Klatskin apresenta uma sobrevida média aos 5 anos de 20%, ao contrário do LNHDGCB que mesmo em apresentação em estadio IV tem uma taxa de remissão completa de 80% com sobrevida média aos 5 anos superior a 50%. O doente em questão apresentou remissão completa, com sobrevida livre de doença de 2 anos até à data de avaliação.

P n.º 0322
Via Verde Hematológica

João Diogo Faustino(1);Raquel Vieira(1);Paula Mesquita(1);Cláudia Rosado(1);Margarida Badior(2);Henrique Coelho(2);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO
Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica (MAT) rara e fatal se não identificada e tratada atempadamente. Assenta numa desregulação autoimune que promove produção de autoanticorpos/inibidor contra a metaloproteinase ADAMTS13 responsável por degradar multímeros de fator Von Willebrand (fVW) que, em circulação, promovem agregação plaquetária (formando microtrombos na microvasculatura), culminando com apresentação típica de anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia.

CASO CLÍNICO
Apresenta-se uma mulher de 84 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular permanente hipocoagulada. Recorre à urgência de hospital periférico por quadro de disartria e afasia de expressão com 1h de evolução, associado a astenia, icterícia e diarreia aquosa desde há 3 dias. Realizou TAC crânio sem evidência de evento cerebrovascular agudo e estudo analítico compatível com anemia hemolítica (Coombs direto negativo), trombocitopenia grave (Plaquetas 10000/L), esquizócitos no esfregaço de sangue periférico, sem coagulopatia. Transferida para hospital terciário onde, por suspeita de PTT adquirida, se obteve atividade nula da ADAMTS13 e presença forte de inibidor. Iniciada plasmaferese e corticoterapia (CCT) sistémica enquanto diagnóstico presuntivo. Após confirmação diagnóstica com atividade da ADAMTS13 iniciou Rituximab com resolução da sintomatologia e recuperação plaquetária.

CONCLUSÃO
Os principais sintomas de PTT relacionam-se com alterações neurológicas e do trato gastrointestinal, sem atingimento renal nem coagulopatia como ocorre noutras MAT. A sua suspeita deve potenciar inicio de plasmaferese e CCT, se excluídas outras MAT. Confirmado diagnóstico com atividade da ADAMTS13 inferior a 10% deve-se adicionar Rituximab e o novo agente anti-fVW (Caplacizumab) se PTT com doença grave. Espera-se melhoria dos sintomas no 1º dia de tratamento, sendo que as plaquetas demoram em média 7-10 dias a normalizar.

P n.º 0325

Apresentação tardia de forâmen oval patente sob forma de insuficiência respiratória

João Diogo Faustino(1);Raquel Vieira(1);Paula Mesquita(1);Cláudia Rosado(1);Mónica Mata(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO
As principais causas de insuficiência respiratória hipoxémica (IR tipo 1) devem-se a alteração da ventilação-perfusão ao nível da membrana alveolocapilar devido a quadro de estase cardíaca com ou sem edema pulmonar agudo, pneumonia/atelectasia ou tromboembolia pulmonar (TEP), podendo existir outras causas menos comuns.

CASO CLINICO
Apresenta-se homem de 81 anos, proveniente da comunidade, sem antecedentes patológicos nem medicação habitual. Enviado ao serviço urgência por síncope com queda e fratura da articulação coxofemoral direita, associada a dispneia e temperatura subfebril. Analiticamente com IR tipo 1 hipocápnica e elevação discreta dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica com aparente infiltrado no ápex pulmonar direito. Descartada TEP por Angio-TC. O ecocardiograma transtorácico não evidenciou sinais de insuficiência cardíaca aguda. Assumida pneumonia iniciou Ceftriaxone e Azitromicina empíricos. Durante o internamento, alargado espetro de antibioterapia por agravamento da IR tipo 1 e descartada TEP de novo ou outra complicação pulmonar. Por períodos de tolerância em ar ambiente alternados com dispneia e dessaturação, por vezes relacionados com o posicionamento no leito, realizou ecocardiograma transesofágico que evidenciou forâmen oval patente (FOP) com shunt cardíaco direito-esquerdo.

DISCUSSÃO
A sintomatologia relacionada com o FOP manifesta-se normalmente em idade pediátrica, sendo o adulto frequentemente assintomático. Este caso de apresentação tardia poderia já condicionar uma hipoxemia crónica ligeira, exacerbada pela pneumonia e explica a ausência de resposta ao oxigénio (O2) suplementar para correção do aumento do gradiente alveolocapilar na IR tipo 1. O doente não teve indicação para correção cirúrgica e teve alta com indicação para O2 “on demand”, evitar o decúbito lateral direito e manter uma pressão sistólica média adequada para que a pressão na aurícula esquerda fosse suficientemente elevada para não potenciar o shunt.

P n.º 0327

INFEÇÃO HSV1 COMO TRIGGER PARA PÊNFIGO VULGAR – DESCRIÇÃO DE CASO

Ana Toste(1);Humberto Macedo(1);Ana Raquel Neves(1);José Cunha Marques(1);José Costa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O diagnóstico diferencial de aftose oral é desafiante, sendo extenso e rico em complexidade. Ulcerações aftosas podem acontecer na ausência de doença sistémica, ser induzidas por fármacos ou ser manifestação de infeção, doenças imune-mediadas ou doenças dermatológicas hereditárias.
Caso Clínico: Mulher de 48 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de gastrite autoimune, apresentou-se no serviço de urgência por história de úlceras orais dolorosas e coalescentes na base da língua, lábios e palato com 1 mês de evolução, associadas a sialorreia e disfagia. A doente já tinha sido medicada com várias combinações de antibióticos, antimicóticos e corticosteroides, sem melhoria significativa. Ao exame objetivo encontrava-se febril e com úlceras orais com cheiro fétido e aspeto de sobreinfeção. Analiticamente apresentava leucocitose e elevação da proteína C reativa. Serologias víricas foram negativas para HIV 1 e 2, enquanto anticorpos anti-HSV1 IgM e IgG foram detetados. Amplificação por PCR de DNA de HSV1 foi positiva em amostras colhidas da base das úlceras. Avaliação por estomatologia demonstrou sinal de Nikolsky positivo. Estudo autoimune foi positivo para anticorpos anti-desmossoma. Biópsia da mucosa jugal demonstrou lesões vesico-bulhosas acantolíticas com infiltrado mononuclear. A existência de neoplasia oculta foi excluída. A doente iniciou tratamento com aciclovir endovenoso, antibioterapia de largo espectro e corticosteroides com melhoria significativa.
Discussão: O pênfigo vulgar é uma condição autoimune rara em que a integridade da adesão intraepitelial é comprometida. Geralmente apresenta-se entre a quarta e sexta década de vida com erosões da mucosa oral. Tem um curso crónico com uma mortalidade de cerca de 10%. Se não for reconhecida e tratada atempadamente, pode estender-se às restantes mucosas e pele, ser porta de entrada para infeções, sendo a sépsis a principal complicação e causa de morbimortalidade.

P n.º 0330

Meningite a K. pneumoniae em doente não imunossuprimida

Marta Fonseca(1);Mário Ferreira(1);Joana Batista Paulo(1);Zélia Neves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A meningite bacteriana tem como agentes mais comuns o S. pneumoniae e N. meningitidis. Os casos de doença invasiva com atingimento do Sistema Nervoso Central (SNC) por K. pneumoniae (Kp) são descritos sobretudo na Ásia, onde predominam estirpes hipervirulentas. Noutros locais do mundo ocorrem em contexto nosocomial (sobretudo após manipulação neurocirúrgica) ou imunossupressão.

Caso Clínico: Mulher, 64 anos, medicada com clonazepam, mirtazapina, venlafaxina, quetiapina e electroconvulsivoterapia mensal para depressão major. Sem viagens recentes.
Trazida ao Serviço de Urgência por prostração, recusa alimentar, diarreia, dispneia e febre. À admissã com maior depressão do estado de consciência, sem comunicar ou cumprir ordens, febril, polipneica e hipotensa. Nas análises com hemoglobina 11.1 g/dL, plaquetas 71 x109/L, leucócitos 8100x109/L, proteína C reativa 12.65 mg/dL, sódio 128.9mmol/L, creatinina sérica 1.88mg/dL, aspartato aminotransferase 151U/L, alanina aminotransferase 84 U/L. A punção lombar com 382 células, de predomínio polimorfonucleares, proteínas 98.53 mg/dL, glicose 35mg/dL (gilcémia 141mg/dL). Antigénios anti-capsulares negativos.
Foi assumida meningite bacteriana com disfunção multi-orgânica, com necessidade de suporte vasopressor. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina, alterado para cefetriaxone 2g bid após isolamento em duas hemoculturas de Kp. A ecografia abdominal mostrou abcesso hepático.
Após 21 dias de antibioterapia apresentou evolução clínica, laboratorial e imagiológica favorável. Não foi identificada imunossupressão.

Discussão: A meningite bacteriana por Kp nos países ocidentais é uma entidade rara. No caso apresentado verificou-se disseminação meníngea a partir do abcesso hepático, no entanto sem imunossupressão, manipulação invasiva do SNC ou estadia em países asiáticos.
Salientamos a importância de considerar agentes menos típicos, mesmo na ausência de fatores de risco clássicos, e o estudo global do ponto de partida da infeção.

P n.º 0349

Síndrome de Ramsay-Hunt: uma forma menos frequente de paralisia facial

Beatriz Riquito(1);Mariana Nunes(1);Elisabete Cerqueira(1);Pedro Almeida(1);Marta Lisboa(1);Victor Paz(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O vírus varicela-zoster (VZV) é responsável pela varicela como infeção primária. Este permanece latente nos gânglios periféricos, e a sua reativação pode causar herpes zoster, conhecido como zona. A síndrome de Ramsay-Hunt é uma apresentação rara da reativação do VZV (1%), resultando de formação de lesões ao longo da distribuição do nervo facial.
Caso clínico: Homem, 73 anos, autónomo, com antecedentes diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por desvio da comissura labial com um dia de evolução, associado a cefaleias mais intensas do que o habitual, tonturas e otalgia direita. Referia ainda lesões vesiculares na região superior do tórax, região cervical e face direitas, com duas semanas de evolução, interpretadas pela médica assistente como herpes zoster. Ao exame objetivo era evidente uma paralisia facial periférica direita, sem outras alterações ao exame neurológico. Foram ainda observadas lesões vesiculares no pavilhão e canal auditivo direitos, assim como zonas de cicatrização de lesões semelhantes na região cervical direita. A analítica pedida não mostrou alterações e a TC-CE excluiu lesões vasculares agudas ou outras. Assim, sendo muito provável tratar-se de uma síndrome Ramsay-Hunt, o doente foi medicado com antivírico e corticoide e orientado para as consultas de ORL e MFR. Nestas consultas, o doente apresentou-se muito melhorado, sem otalgia e já sem paralisia facial.
Discussão: A síndrome de Ramsay-Hunt ocorre geralmente em idosos, diabéticos e/ou imunodeprimidos. Tipicamente envolve uma tríade de sinais e sintomas que incluem paralisia facial ipsilateral, otalgia e vesículas no canal auditivo, mas alterações do paladar, alterações da audição (hipoacúsia ou zumbido) e lacrimejo também são frequentemente reportadas. A paralisia facial desta síndrome é usualmente mais grave que a paralisia de Bell, e apenas 10% tem recuperação total. O tratamento visa impedir o agravamento das lesões e vários estudos indicam que quanto mais cedo este for iniciado, maior as probabilidades de melhoria significativa.
Conclusão: Este caso evidencia a importância da colheita uma boa história clínica e exame físico no SU, e mostra mais um diagnóstico diferencial a ter em conta aquando da abordagem de uma paralisia facial.

P n.º 0350

Queixas mnésicas no idoso – uma etiologia rara

Mariana Esteves(1);Rita Reis Bragança(1);Sandra a. Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Os adenomas hipofisários (AH) produtores de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) representam cerca de 10% dos AH, sendo mais prevalentes no sexo feminino (8:1). Maioritariamente manifestam-se como doença de Cushing (DC), patologia rara e associada a sintomatologia inespecífica.
Caso clínico: Sexo masculino, 80 anos, recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal difusa e cefaleia com 1 dia de evolução. Antecedentes de hipertensão arterial, poliglobulia em estudo, cardiopatia isquémica e perturbação do uso do álcool (PUA) com 120 g de álcool/dia. Segundo familiares referencia a queixas mnésicas com um ano de evolução, associadas a irritabilidade e heteroagressividade. Ao exame objetivo constatada anisocoria com pupila direita midriática, obesidade troncular, fácies pletórica, irritabilidade e agitação constantes, abdómen difusamente doloroso, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente Hb 18,5 g/dL; Hct 56,5%; leucocitose neutrofílica, citólise hepática associada a aumento GGT e hiperbilirrubinemia (2,7 mg/dL). TC-CE mostrou lesão expansiva intra e supra-selar. Foi internado para estudo complementar, no qual se destacou diabetes mellitus de novo, hipercortisolémia (916 nmol/L), ACTH elevada (69,5 ng/L), cortisol livre urinário elevado (725,2 nmol/24h) com teste de frenação com dexametasona positivo, teste de frenação com dose alta e baixa de dexametasona positivos e RMN-CE com documentação de macroadenoma da hipófise com 25x22 mm. EEG sem alterações de relevo e TC abdominal mostrou fígado esteatótico. Assim, assumido o diagnóstico de Doença de Cushing associada a macroadenoma da hipófise produtor de ACTH. O doente foi orientado para consulta de Neurocirurgia tendo, no entanto, evoluído desfavoravelmente após desenvolvimento de isquemia aguda de membro inferior.
Discussão: O caso apresentado demonstra a importância da anamnese e exame objetivo minuciosos, em particular para o diagnóstico de patologias raras (prevalência 1-9/1.000.000) e com sintomatologia tão inespecífica (a PUA poderia ter sido um fator confundidor pela sua associação a hipercortisolismo fisiológico e sintomas semelhantes à DC). Adicionalmente, a maioria dos AH na DC são microadenomas, com apenas 5 a 10% dos doentes a apresentarem macroadenomas, o que demonstra a raridade do caso.

P n.º 0351

A necessidade da multidisciplinaridade no processo de decisão no doente oncológico muito idoso

Ana Luísa Silva(1);Catarina Reigota(1);Regina Costa(1);Carlos Filipe(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A compressão medular é uma forma de apresentação inicial incomum de neoplasia (cerca de 20% dos doentes). Clinicamente, pode cursar com dor debilitante e défices neurológicos irreversíveis, sendo que os sintomas motores tendem a surgir em fases avançadas da doença. A sobrevivência média estimada destes doentes é de 3 a 6 meses.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 91 anos, previamente autónoma, admitida por cervicalgia e paraplegia com 3 dias de evolução. Realizou tomografia computorizada da coluna cervical, que revelou alterações sugestivas de metastização óssea com compressão medular. Dada a ausência de condições cirúrgicas, realizou radioterapia externa descompressiva e corticoterapia, sem melhoria da função neurológica. Apresentava antecedentes de fratura da anca operada 6 meses antes, com boa recuperação funcional, e suspeita de duas neoplasias síncronas (mama e pulmão). O caso foi discutido com as especialidades envolvidas, sendo que ambas apresentaram possibilidades terapêuticas consoante caracterização histológica. A doente faleceu no 16º dia de internamento.
Discussão: Uma vez instalada a paraplegia, esta é habitualmente irreversível. Apesar de se tratar de uma doente previamente autónoma e na qual foi realizado investimento recente com evolução favorável, apresentava uma idade muito avançada e um compromisso neurológico grave, fatores que agravavam o prognóstico e comprometiam substancialmente não só a qualidade de vida da própria doente, como também dos seus cuidadores. Desta forma, este caso alerta para a necessidade de existir uma equipa especializada multidisciplinar envolvida no processo de decisão em doentes oncológicos muito idosos, que avalie o custo-benefício de prosseguir com o estudo/tratamento da neoplasia. A realização de terapêutica dirigida pode, eventualmente, prolongar a sobrevida, mas dificilmente contribuirá para a melhoria da capacidade funcional ou da qualidade de vida destes doentes.

P n.º 0358
Poliserosite: da sintomatologia ao diagnóstico
Paula Mesquita(1);Raquel m. Vieira(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO
Poliserosite: inflamação generalizada de membranas serosas associada a derrame pericárdico, pleural e/ou ascite. Quando afeta simultaneamente os três, a condicionar derrame de grande volume que provoca espessamento seroso e pericardite constritiva é conhecida como Doença de Concato.
Nesta linha de pensamento, a interna apresenta um caso de polisserosite com pericardite subaguda, digna de estudo e tratamento dirigido.
CASO CLÍNICO
Homem de 44 anos, autónomo, criador de ovelhas, porcos, galinhas e perus vacinados. Recorreu ao Serviço de Urgência por ortopneia, tosse seca de predomínio noturno, diminuição do débito urinário e edema dos membros inferiores com 3 dias de evolução. Apresentava aumento do volume abdominal e toracalgia esquerda com caraterísticas pleuríticas. Antecedentes pessoais: internamento 3 semanas antes por pericardite com derrame pericárdico admitido em contexto pós infeção SARS.COV2. Do estudo laboratorial: D-Dímeros 4422ng/mL, tendo sido realizada Angio-TC e excluído tromboembolismo pulmonar, mas com derrame pericárdico de pequenas dimensões e moderado derrame pleural bilateral. Realizada toracocentese com saída de líquido com caraterísticas compatíveis com exsudado. Estudo imunológico, serológico e virológico sem alterações. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou importante redução do derrame pericárdico, mas espessamento de ambos os folhetos do pericárdio com alguns sinais de compressão pericárdica, apresentando derrame pleural bilateral. Pedida RMN cardíaca para avaliar a persistência da atividade inflamatória no pericárdio com fisiologia de compressão pericárdica. Iniciou anti-inflamatório. Aguarda estudo complementar para terapêutica dirigida, conforme restante marcha diagnóstica.
DISCUSSÃO
Admitida polisserosite com provável pericardite constritiva na qual o diagnóstico definitivo tem implicações no tratamento e diferentes outcomes. O ecocardiograma é um exame sensível que necessita de ser complementado por RMN cardíaca para confirmação.

P n.º 0368

Febre sem foco secundário a iatrogenia medicamentosa

Patricia Ramos Dos Santos(1);Beatriz Castanheira(1);Elena Pirtac(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Outro

Introdução: Gabapentina (GP) é utilizada pelas suas propriedades anticonvulsivantes, analgésicas (dor neuropática) e ansiolíticas. Os efeitos adversos mais comuns durante o tratamento com gabapentina são febre, mialgias, tremores, cefaleia, sonolência, confusão, náusea e vómitos. O tratamento em combinação com opioides aumenta a concentração da gabapentina em 44 %.
Caso Clínico: Homem 81 anos, caucasiano, com múltiplos antecedentes pessoais, incluindo doença arterial periférica, diabetes mellitus, hipertensão arterial, ex-fumador. Internado com diagnóstico de erisipela do membro inferior direito. Foi diagnosticada isquemia aguda do membro inferior direito com úlceras infetadas, submetido a amputação de urgência. Por queixas álgicas (dor fantasma) foi medicado inicialmente com gabapentina e morfina oral em SOS. Associada posteriormente buprenorfina transdérmica por dor não controlada. Após 2 dias o doente iniciou picos febris e sinais compatíveis com síndrome confusional agudo. O estudo etiológico com hemoculturas, urocultura, serologias virais, tomografia toraco-abdomino-pélvica, crânio-encefálica, ecocardiograma e PET sem evidência do foco infecioso. Avaliado pela psiquiatria que excluiu patologia psiquiátrica. Por suspeita de febre secundária à gabapentina potenciada pela morfina, foi realizado desmame gradual até suspensão, com melhoria do síndrome confusional e resolução do quadro febril.
Discussão: Este caso exemplifica a importância de conhecer os EA e interações medicamentosas dos fármacos, sobretudo quando estes podem ter impacto na morbimortalidade dos doentes. Devemos estar atentos, evitando exames, procedimentos e cursos de antibioterapia desnecessários, que contribuem para a morbilidade e custo acrescido, muitas vezes prolongando os internamentos.

P n.º 0370

HIGH DOSE METHROTEXATE THERAPY: A SINGULAR ADVERSE EVENT

Liliana r. Santos(1);João Cavaco (Co-1ºautor)(1);Joana Lima(1);Ana Júlia Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças renais

High dose methotrexate (HD-MTX) therapy, defined as higher than 500mg/m2, is administrated in several hematological malignancies. When given intravenously around 90% is excreted in the urine, and either its direct effect on the renal tubules or its precipitation may cause renal damage. We report the development of acute kidney injury in the context of MTX toxicity in hematologic malignancy.

A 75-year-old man was diagnosed with B cell high degree lymphoma 6 months before the administration of HD-MTX. He started rituximab (610mg) with CHOP (Cyclophosphamide-1220mg, doxorrubicin-80mg, vincristine-2mg). Complete remission was achieved and maintained. Trimethoprim/sulfamethoxazole and acyclovir were given as prophylaxis. His serum creatinine was 0.8mg/dL on day 0. Despite careful attention to MTX toxicity, acute kidney injury (AKI) occurred and resulted in a serum MTX concentration of 0,67 mol/mL at day 4. Laboratory tests revealed CK 100 IU/L, BUN 47 mg/dL (BUN/Cr 14.8), uric acid 4mg/dL, AST 14 IU/L, and ALT 12 IU/L, urinary sodium >20 mEq/L, suggesting other etiologies for AKI, but rhabdomyolysis, hyperuricemia, and liver failure were excluded, and MTX toxicity remained as the main etiology of AKI.

An abrupt increase of serum creatinine shortly after administration of HD-MTX is a distinctive feature of HD-MTX-induced AKI. The risk of MTX-mediated nephrotoxicity has been shown to increase with advanced age, male sex, MTX dose, and the use of certain antimicrobials such as trimethoprim-sulfamethoxazole combinations as in this case. Despite MTX induced AKI is an uncommon adverse event, clinicians should be aware of this complication to detect it early.

P n.º 0373
Cateter peritoneal em Cuidados Paliativos – relato de caso
Teresa Dias Moreira(1)
(1) IPO Porto

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Ascite refratária é uma manifestação tardia de várias doenças (cancro, cirrose, cardiopatia). É indicador de mau prognóstico, com franco impacto na qualidade de vida, pois a sua gestão implica paracenteses regulares para controlo do volume e dos sintomas. Este procedimento invasivo repetido coloca uma significativa sobrecarga nos doentes paliativos. O cateter peritoneal (CP) poderá ser uma possibilidade de tratamento, com baixa taxa de complicações.
Caso clínico: Mulher, 77 anos, carcinoma de células claras do ovário com carcinomatose peritoneal. Internada 9 dias após ciclo de quimioterapia por vómitos e aumento da ascite, com necessidade de paracentese evacuadora para alívio sintomático. Dada a deterioração do estado geral, referenciada ao Serviço de Cuidados Paliativos (SCP). Recrudescimento de ascite com dispneia, submetida a nova paracentese evacuadora no serviço de urgência. Internada no SCP após 1 semana por vómitos e enfartamento pós-prandiais, dispneia, ortopneia e ascite grau 3. Colocado CP tipo pigtail e realizadas drenagens evacuadoras faseadas, com alívio sintomático franco. O ensino do manuseamento do CP, permitiram a alta hospitalar e a manutenção da doente no domicílio até à morte, cumprindo o seu desejo.
Discussão: Os Cuidados Paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir o sofrimento, priorizando o controlo sintomático. A colocação do CP foi bem-sucedida no controlo sintomático, promovendo o conforto e bem-estar na fase final de vida. Salienta-se a importância de ponderar esta alternativa viável em doentes paliativos com ascite refratária.

P n.º 0374

DRESS, UMA SÍNDROME COMPLEXA A CONHECER E RECONHECER

Dra. Bárbara Paracana(1);Gisela Gonçalves(1);Jéssica Krowicki(1);Tiago Valente(1);Mariana Sousa(1)
(1) HOSPITAL AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
A DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação medicamentosa adversa e idiossincrática. Surge entre 2 e 24 semanas após exposição e pode manter-se durante semanas a meses. Fatores genéticos, imunidade e a ativação sequencial de vírus latentes estarão na base desta cronicidade. Manifesta-se com febre, exantema cutâneo maculopapular pruriginoso, eosinofilia, linfadenopatias e envolvimento sistémico, embora de forma variável. O tratamento gold standard é a corticoterapia. Devido à probabilidade de reincidência e risco de desenvolvimento de doenças autoimunes, é indispensável manter o seu seguimento.
Caso clínico:
Mulher de 47 anos admitida por febre vespertina (> 38.0ºC), rash cutâneo maculopapular pruriginoso disperso, edema facial e periorbitário, e artralgias migratórias, com 2 semanas de evolução. Tinha tomado Amoxicilina/Ac. Clavulânico 2 semanas antes por suspeita de infeção respiratória. Analiticamente revelou leucocitose e linfopenia ligeiras sem eosinofilia, VS 49 mm, PCR 5.10, função hepática e renal normais. O estudo alargado (de infeção aguda, autoimunidade e imunologia) foi negativo. Entre os vários exames pedidos realizou uma TC-TAP, complementada com PET, que revelou adenopatias mediastínicas e axilares. As biópsias ganglionares apontaram para uma etiologia inflamatória inespecífica. A biópsia cutânea revelou toxidermia com características histológicas de DRESS. A doente manteve febre, rash cutâneo e artralgias com resposta parcial ao anti-histamínico e corticoide tópico. Por fim, iniciou corticoterapia sistémica com boa resposta. Teve alta com seguimento em consulta. Surgiu uma reincidência em contexto de infeção a COVID19 que resolveu com o ajuste de corticoterapia.
Conclusão:
A DRESS advém de interações complexas entre fármacos, vírus e resposta imunitária. A sensibilização para o seu reconhecimento célere, apesar da sua apresentação tardia e clinicamente variada, permite o tratamento agudo adequado assim como das suas complicações a longo prazo.

P n.º 0376

HEPATITE TÓXICA, UMA REALIDADE PALPÁVEL NA PRÁTICA CLÍNICA

Dra. Bárbara Paracana(1);Gisela Gonçalves(1);Jéssica Krowicki(1);Ana Sofia Montez(1);Mariana Sousa(1)
(1) HOSPITAL AVEIRO

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução:
As manifestações da hepatite tóxica vão desde um aumento assintomático da enzimologia hepática até à falência hepática aguda, com origem na toma de um medicamento. Existem dois tipos: a não idiossincrática, previsível e dose-dependente, e a idiossincrática, imprevisível e desencadeada maioritariamente por antibióticos. Esta última parece ser mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, idosos, obesos ou com doença hepática crónica, mas não existe consenso que valide estas hipóteses. O tratamento é a suspensão do fármaco hepatotóxico; a corticoterapia não é benéfica.
Caso clínico:
Mulher, de 69 anos, internada 6 meses antes por infeção respiratória abordada com Amoxicilina/Ac. Clavulânico. Nessa altura, foi diagnosticada de doença difusa do pulmão, com possível relação com a toma de amiodarona, e iniciada corticoterapia a dose alta (1mg/kg/dia). Ocorreu, também, um aumento da enzimologia hepática, não valorizada, que normalizou nas análises de controlo aos 2 meses.
Foi readmitida por pneumonia a SARS-CoV-2 do qual recuperou. Desenvolveu, paralelamente, infeções oportunistas: candidíase oral, infeção genital a VHS-2 e tínea corporis extensa e cumpria nistatina, aciclovir e clotrimazol tópico. Iniciou cotrimoxazol profilático. Analiticamente verificou-se um novo e progressivo aumento da citólise hepática (até GGT > 3000U/L; AST e ALT > 5x valor normal). As serologias e virologias foram negativas; da autoimunidade destacam-se apenas anticorpos antinucleares – IF limítrofes (1/160 padrão AC XX nuclear mosqueado). A TC-abdominal e a biópsia hepática revelaram apenas esteatose.
Pela hipótese de hepatite iatrogénica foi suspensa a medicação potencialmente hepatotóxica, com melhoria analítica retardada e lenta, mas gradual, posterior. Por infeção nosocomial cumpriu piperacilina/tazobactan e ertapenem, havendo um novo aumento da citólise, que entrou em decrescendo após terminar a antibioterapia.
Conclusão:
A hepatite tóxica idiossincrática é incomum mas presente na prática clínica. Devemos estar atentos a padrões de lesão hepática que sugiram iatrogenia para evitar um efeito adverso potencialmente fatal.

P n.º 0390

Toxoplasmose Cerebral e infeção por VIH: a propósito de um caso clínico

Daniela Rodrigues(1);Rodrigo Rufino(1);Inês p. Carvalho(1);Fgomes(1);António Cardoso(1);Alexandra Albuquerque(1);José Vera(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O Toxoplasma gondii é um protozoário presente em todo o mundo e responsável por infeções oportunistas graves em pessoas infetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), nomeadamente atingindo o Sistema Nervoso Central, com sequelas físicas e neurocomportamentais que se podem tornar permanentes.
Caso clínico: Mulher de 51 anos, com antecedentes pessoais de infeção por VIH-1 diagnosticada há 20 anos, com abandono da terapêutica antirretroviral (TARV) 2 anos antes do início do quadro. Apresentou-se com alteração do comportamento, com confusão mental e lentificação do discurso, de agravamento progressivo e com 1 mês de evolução, acompanhado de cefaleia e vómitos na última semana. Realizou tomografia cranioencefálica que mostrou 2 áreas lesionais hipodensas no hemisfério direito, com captação periférica de contraste e edema regional, condicionando desvio das estruturas da linha média. Analiticamente com linfócitos CD4+ 34 células/mL, carga viral VIH-1 140329 cópias/mL, hemoculturas negativas, antigénio Criptococcus e PCR M. tuberculosis negativos, serologias Citomegalovírus e Herpes Simplex negativas. Iniciou terapêutica empírica para Toxoplasmose Cerebral com Clindamicina e Pirimetamina, bem como Cotrimoxazol, TARV e profilaxia anticonvulsivante.
Por agravamento do estado neurológico, foi submetida a craniectomia, com remoção da maior lesão frontobasal direita, e cujo resultado anatomopatológico revelou a presença de taquizoitos e quistos intra e extracelulares, confirmando o diagnóstico de Toxoplasmose Cerebral.
Apresentou boa evolução analítica, com subida dos CD4+ para 60 células/mL e carga viral <20 cópias/mL. No entanto, manteve afasia de Condução e períodos de agitação psicomotora, com marcha autónoma, mas previsível dependência futura nas atividades de vida diárias.
Discussão: O Toxoplasma gondii é um dos principais agentes responsáveis por infeções oportunistas em pacientes com VIH, uma vez que no contexto da imunossupressão inerente à doença de base há reativação da infeção crónica latente, resultando em encefalite por Toxoplasma. O risco de infeção é maior quando as contagens de CD4+ são <100 células/µL. O tratamento adequado e a profilaxia com terapêutica de manutenção controlam a infeção, sendo, contudo, as sequelas que da mesma resultam imprevisíveis.

P n.º 0391

Quando há mais para além do delirium

Pedro Menezes Cordeiro(1);Dra. Conceição Barata(1);Dra. Irene Cortes Verdasca(1);Dr. Filipe Alfaiate(1);Dra. Ana Sofia Antunes(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O glioblastoma multiforme (GBM) é o tumor primário cerebral com pior prognóstico (tempo de sobrevida média menos de 15 meses). Sintomas psiquiátricos como alterações do humor e de personalidade fazem parte da variada apresentação clínica do GBM.
Caso Clínico: Homem de 79 anos com história de hipertensão e hipercolesterolemia. Apresentou quadro psicótico inaugural, com heteroagressividade, seguindo-se um declínio cognitivo progressivo e motor com 15 dias de evolução. Em ambulatório foi medicado com quetiapina e realizou tomografia computorizada crânio-encefálica (CE) que mostrou lesão expansiva/infiltrativa no corpo caloso e edema vasogénico parietal bilateral. Por estas alterações foi encaminhado para o Serviço de Urgência. À avaliação encontrava-se prostrado, abertura dos olhos a estimulação verbal, desorientado no tempo e espaço, hipostesia e hemiparesia direita (grau 3). Excluídas outras causas de demência nomeadamente, iatrogénica, infeciosa, metabólica. Protelou-se instituição de dexametasona até ao terceiro dia de internamento por suspeita de linfoma. Realizou ressonância magnética (RM) CE que mostrou lesão ocupante de espaço centrada no esplénio do corpo caloso, estendendo-se ao longo do corpo dos ventrículos laterais às regiões subcorticais tempoparietal direita e frontoparietal alta esquerda, 4.8x7.5x6.0cm, acompanhada por edema, compatível com GBM altamente agressivo. Avaliado pela Neurocirurgia que confirmou diagnóstico e considerou tumor irressecável com indicação apenas para tratamento paliativo. Como intercorrência destaca-se pneumonia de aspiração. Assistiu-se a rápida deterioração do estado de consciência e agravamento dos défices neurológicos, tendo o doente falecido em internamento.
Discussão: Devido à variada apresentação clínica e alta agressividade do GBM, torna-se imperativa uma rápida abordagem diagnóstico-terapêutica. Atrasos no diagnóstico resultarão numa diminuição ainda mais pronunciada da sobrevida destes casos.

P n.º 0397

A propósito da Espondilodiscite – Nem tudo é o que parece

João Ricardo Cordeiro de Campos Faia(1);Simão Carvalho(1);Inês Pinheiro(1);Clara Pinto(1);Ana Paiva(1);Flávio Pereira(1);Ana Sofia Martins(1);Beatriz Pinheiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A espondilodiscite é um processo infecioso a nível dos discos vertebrais e vértebras que resulta normalmente de disseminação hematogénica. Trata-se de um diagnóstico difícil e muitas vezes confundido com outras entidades.
Caso Clínico
Mulher de 56 anos, autónoma com história de intervenção dentária à 3 meses tendo realizado azitromicina por alergia à penicilina, sem outros antecedentes relevantes ou medicação habitual. Quadro de lombociatalgia bilateral com 3 meses de evolução, agravamento ao movimento e despertares noturnos. Sem parestesias ou incontinência de esfíncteres. Também com perda de ponderal (3kg em 3 meses) e anorexia. Tomografia lombar em ambulatório com “massa tumoral exofítica” em L3. Ao exame objetivo apirética, dor à palpação da região lombossagrada, sem adenopatias palpáveis ou organomegalias. Sem massas a nível da região mamária. Analiticamente com elevação da velocidade de sedimentação (73mm). Internada para esclarecimento etiológico do quadro clínico. Durante o internamento realizou tomografia toraco-abdomino-pélvica e ecografia mamária sem evidência de neoplasia primária. Hemoculturas da admissão positivas para Staphylococcus aureus meticilina sensível. Realizou ressonância magnética (RM) lombar que confirmou a presença espondilodiscite L2-L3 e iniciou levofloxacina, de acordo com antibiograma e antecedentes supracitados. Realizou ecocardiograma transtorácico sem alterações de relevo. Teve alta medicada com cotrimoxazol oral, levante com colete jewett e posterior reavaliação imagiológica. Apresentou boa resposta clínica, analítica e imagiológica às medidas instituídas.
Discussão
A espondilodiscite é uma patologia rara e que implica um elevado grau suspeição, anamnese e exame físico cuidados, mas também o uso de meios complementares, como a RM, fundamentais no diagnóstico desta entidade.

P n.º 0399

Manifestações pulmonares da tuberculose

Carlos Capela(1);Usta Mango(1);António Gomes(1);Isabel Apolinário(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção por Mycobacterium tuberculosis atinge preferencialmente os pulmões, podendo se apresentar de múltiplas formas.
Caso Clínico: Homem de 43 anos, autónomo, natural e residente na Guiné-Bissau. Com hábitos tabágicos. Sem antecedentes médicos ou cirúrgicos conhecidos. Apresentou-se numa consulta com tosse com expetoração amarelada com 2 de meses de evolução. Associadamente apresentava dor torácica do tipo pleurítica no hemitórax direito e dispneia para esforços, febre com 1 mês de evolução. No exame físico apresentava murmúrio vesicular diminuído à direita. Requisitou-se uma radiografia do tórax que mostrou presença de pneumotórax à direita, com imagem cavitada no seu lobo superior direito, apagamento do seio costofrénico bilateralmente e com infiltrados dispersos no hemitórax esquerdo. Colhida expetoração para realização de teste Xpert MTB/RIF que identificou Micobacterium tuberculosis não resistente à rifampicina. Realizada toracocentese diagnóstica: com raros leucócitos e muitos eritrócitos, cor amarelo, aspecto turvo, com doseamento de glucose baixa, e o teste Xpert MTB/RIF identificou presença de Micobacterium tuberculosis não resistente à rifampicina. Assumida tuberculose pulmonar com pneumotórax associado. Colocado dreno torácico à direita e iniciou tratamento com rifampicina/isoniazida/etambutol/pirazinamida. O doente evoluiu favoravelmente com resolução dos sintomas, do pneumotórax e do derrame pleural.
Discussão: Em 20% dos doentes com pneumotórax não traumático, o evento está relacionado com uma doença pulmonar subjacente localizada ou generalizada. Dos doentes que apresentam pneumotórax espontâneo primário, 2-3% subsequentemente desenvolvem tuberculose pulmonar ativa. Em países de elevada incidência, como é o caso de Guiné-Bissau, por maioria de razão esta é etiologia primordial a considerar.

P n.º 0402

Pancitopenia e mucosite oral induzidas por Metotrexato: um caso clínico

José Teixeira de Magalhães(1);Ana Rita Ramanlho(1);José Abreu Fernandes(1);Khrystyna Fedak(1);Maria João Rocha(1);Tatiana Pereira Dos Santos(1);José Bernardes-Correia(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A artrite reumatóide é uma patologia prevalente na população idosa e o metotrexato é uma das terapêuticas mais usadas nesta faixa etária. [1,2] A pancitopenia é um efeito colateral grave, embora raro, associado ao tratamento prolongado com metotrexato, principalmente em doentes frágeis, polimedicados ou sem concomitante suplementação com ácido fólico. [3]
Caso Clínico: Mulher de 85 anos admitida no Serviço de Urgência com queixas de prostração e sinais de mucosite oral com agravamento progressivo. Diagnosticada há mais de 30 anos com artrite reumatóide, tratada com metotrexato (15 mg/semana) e prednisolona (7,5 mg/dia). Por razão que a doente não soube explicar, tinha interrompido a suplementação com ácido fólico há cerca de dois meses. Ao exame físico encontrava-se febril (38,2°C), hemodinamicamente estável mas asténica. Apresentava úlceras dolorosas na mucosa oral e crostas hemorrágicas nos lábios. O estudo laboratorial evidenciou pancitopenia destacando-se neutropenia de 0,2x109/L, aumento da proteína-C reativa (13,81 mg/dL) e deficiência de vitamina B12 e ácido fólico. O metotrexato foi interrompido e a doente foi suplementada com ácido folínico intravenoso, nistatina tópica e cianocobalamina oral. Por apresentar neutropenia febril, iniciou ainda empiricamente antibioterapia de amplo espectro e filgrastim, para além da transfusão com duas unidades de concentrado eritrocitário. A doente melhorou significativamente da mucosite oral com a terapêutica dirigida instituída, verificando-se também resposta eficaz ao tratamento com filgrastim, tendo a doente recuperado da pancitopenia à data de alta.
Discussão: Descrevemos um caso de pancitopenia e mucosite oral atribuídas ao tratamento com metotrexato e propiciadas por ausência de suplementação adequada com ácido fólico. A resposta à terapêutica instituída dispensou a necessidade de realização de biópsia de medula óssea, assim reforça-se aqui importância de assegurar a compliance a todo tratamento.

P n.º 0404

Zoster sine herpete: a dor que não se vê

José Teixeira de Magalhães(1);Adriana Girão(1);Ana Rita Ramalho(1);José Abreu Fernandes(1);Maria João Rocha(1);José Bernardes-Correia(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O vírus Varicela-zoster (VZV) é um dos oito vírus DNA da família Herpes, sendo responsável por duas doenças distintas: primoinfeção (varicela) caracterizada por lesões vesiculares pruriginosas e generalizadas e Herpes-zóster (zona) correspondendo à sua reativação, manifestando-se por dor intensa, que respeita o dermátomo afetado, normalmente com erupções vesiculares unilaterais associadas. O tratamento com antiviral é tão mais eficaz quanto mais precoce for o seu início.
Caso Clínico: Homem, 35 anos, sem antecedentes de relevo, enviado à consulta de Medicina Interna por dor intensa no hipocôndrio direito, com irradiação dorsal respeitando o dermátomo D6-D7, sem alterações cutâneas acompanhantes, com 4 semanas de evolução e sem resposta a analgesia não opioide. Realizou tomografia computorizada abdominal e da coluna lombar que não revelaram alterações. Colocada a hipótese de diagnóstico Herpes Zoster sem manifestações cutâneas habituais, procedeu-se a de serologias para VZV que mostraram alterações laboratoriais compatíveis com a hipótese diagnóstica - IgG 810.5mUI/mL (positivo se > 165) e IgM 1.2 (positivo se > 1.1). Foi Iniciada terapêutica antiviral com valaciclovir (1g/dia, 7 dias) e otimizada analgesia com Gabapentina (300 mg, 3 vezes/dia) e Tapentadol (50 mg, 2 vezes/dia) registando-se melhoria progressiva. Resolução completa aos 90 dias de tratamento.
Discussão: Descrevemos um caso de nevralgia típica de Herpes-Zóster, sem as manifestações cutâneas habituais, mas, atendendo aos achados laboratoriais e resposta à terapêutica, admitimos tratar-se de um caso de Zoster sine herpete. Apesar de se tratar de uma patologia rara (provavelmente subdiagnosticada), sendo um diagnóstico de exclusão trata-se, pois, de hipótese diagnóstica a considerar em doente que se apresentem com nevralgia que respeite a anatomia do dermátomo mesmo que sem atingimento cutâneo.

P n.º 0406

Quando a avaliação clínica fica em stand-by

Patrícia Malhadas Ferreira(1);Mariana Coelho(1);João Felgueiras(1);Inês Carvalho(1);Daniela Rodrigues(1);Rodrigo Rufino(1);Sara Santos(1);Adalmira Vieira(1);Catarina Carvalho(1);Alexandra Albuquerque(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A tempestade tiroideia é uma emergência médica, com mortalidade entre os 10-30%, cujo diagnóstico se baseia na evidência de disfunção orgânica num doente com sintomas e sinais de tireotoxicose. Por não existirem critérios de diagnósticos específicos, a sua incidência é difícil de aferir. Um homem de 48 anos, ex-fumador, com antecedente pessoal conhecido de asma recorreu ao médico assistente por irritabilidade, mal estar geral, perda de peso não intencional, episódios de diarreia e cansaço para esforços progressivamente menores. Recorre ao serviço de urgência 2 meses depois por palpitações. Trazia exames realizados em ambulatório destacando-se hipertiroidismo com anti-corpos anti-tiroideus elevados e holter 24 horas com ritmo de fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida (RVR). À admissão o doente encontrava-se sub-febril, hipertenso, taquicardico apresentando também exoftalmia e ingurgitamento venoso jugular. O electrocardiograma confirmou a presença FA com RVR. Foi internado tendo iniciado terapêutica com inibidor da síntese e libertação de hormonas tiroideias, corticoide, beta-bloqueante e anticoagulação. Atingido estado eutiroideu, foi iniciado desmame da terapêutica. Este é um caso clínico paradigmático de hipertiroidismo não tratado, realça a importância do reconhecimento de sinais e sintomas, do diagnóstico bem como o inicio de terapêutica precoce, fundamentais na prevenção de uma condição que pode ser ameaçadora de vida.

P n.º 0410

Serão lesões osteolíticas?

Patrícia Malhadas Ferreira(1);Mariana Coelho(1);João Felgueiras(1);Inês Carvalho(1);Daniela Rodrigues(1);Rodrigo Rufino(1);Sara Santos(1);Catarina Carvalho(1);Alexandra Albuquerque(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A osteomalacia é uma doença caracterizada por um desequilíbrio da mineralização da matriz óssea. A deficiência de vitamina D é uma causa cada vez mais frequente de osteomalacia em adultos.
Um homem de 53 anos, sem-abrigo com hábitos tabágicos e etílicos marcados, recorreu ao serviço de urgência por incapacidade para a marcha com 6 meses de evolução, de agravamento nas 3 semanas que antecederam a ida ao hospital. Referia ainda perda de peso não intencional nos últimos meses. Ao exame objectivo apresentava diminuição da global da força muscular, dores musculares nos membros inferiores e reflexos osteotendinosos rotulianos fracos e aquilianos ausentes bem como marcha atáxica. Da avaliação analítica inicial, destacava-se apenas anemia macrocítica e défice de vitamina B12 para o qual iniciou suplementação. Durante a marcha diagnóstica, em TC toraco-abdomino-pélvica identificaram-se áreas nodulares ilíacas de aspecto osteolítico que sendo sugestivas de secundarização deram início a investigação etiológica. Não foi identificada qualquer lesão no estudo realizado, com excepção de duas lesões polipoides no colon e recto, histologicamente com displasia de alto grau, totalmente excisadas. Assim, e tendo em conta o défice de vitamina D identificado em avaliação analítica ulterior, admitiu-se que estas lesões seriam de etiologia nutricional. Apresentou ligeira melhoria do quadro neurológico, tendo tido alta medicado com colecalciferol e cianocobalamina.
Este caso ilustra as características clínicas de um doente com défices nutricionais graves que teve como variável de confundimento a identificação de lesões ósseas de apresentação menos típica nestes quadros e que implicaram necessariamente a exclusão de doença neoplásica.

P n.º 0412

Pneumonia a herpes simplex: um raro caso a não esquecer

Martim Trovão Bastos(1);Andreia Salgadinho(2);Rodrigo Duarte(3);Carolina Monteiro(1);Ricardo Carnevale(3);Pedro Batarda(3);Marta Herculano(3);Mariana Barosa(1);Inês Antunes(3);Maria Eduarda Carmo(3)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O vírus herpes simplex (HSV) é uma agente raro de pneumonia, ocorrendo geralmente em indivíduos imunocomprometidos ou com lesão da via aérea e exigindo tratamento dirigido. Apresentamos um caso de pneumonia a HSV-2 num indivíduo imunocompetente.
Caso Clínico:
Homem, de 83 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular.
Recorreu ao hospital por dispneia e febre, com uma semana de evolução. Apresentava Sp O2 80% em ar ambiente, radiografia torácica com hipotransparência da base direita e PCR de 20 mg/dl. Realizou Angio-TC tórax excluindo tromboembolismo pulmonar, que revelou envolvimento bilateral extenso por opacidades em vidro despolido e alguns focos de condensação. Foi internado e medicado com amoxicilina + clavulanato e claritromicina.
Por agravamento respiratório, requereu ventilação mecânica invasiva e admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI). Foi admitido síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) secundário a pneumonia, iniciando meropenem, vancomicina e metilprednisolona (1mg/kg). Os exames culturais de sangue, expectoração e antigenúrias urinárias foram negativos.
Na UCI, esteve curarizado durante 9 dias e cumpriu 4 períodos de ventral, com melhoria discreta, porém mantendo insuficiência respiratória significativa e apresentando lesões eritematosas e vesiculares de novo, no andar médio da face. Repetiu TC Tórax, evidenciando confluência e maior número de opacidades em vidro despolido, traduzindo provável evolução do quadro de ARDS.
Realizou broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar, demonstrando células com marcação positiva para HSV-2, pelo que iniciou prontamente tratamento dirigido com aciclovir (10mg/kg, 8/8 horas). Ao fim de 2 dias, desenvolveu hipoxémia refractária, secundária a nova pneumonia associada ao ventilador, com desfecho fatal.
Discussão:
O HSV é uma causa incomum de pneumonia, com incidência baixa em indivíduos imunocompetentes, sendo muito poucos os casos de pneumonia a HSV-2 descritos na literatura. É, não obstante, uma causa a não esquecer em indivíduos com pneumonia refratária à antibioterapia empírica, devendo ser pesquisada porquanto apresenta tratamento específico.

P n.º 0414
Um derrame pericárdico extenso
Sérgio Antunes Silva(1);Domingos Sousa(1);Sara Aleixo Duarte(1);Elena Ríos(1);José Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO:
O derrame pericárdico é um achado comum na prática clínica; quando tem um volume moderado/grande, a sua etiologia é maligna em cerca de 30% dos casos, sendo a neoplasia pulmonar a causa mais frequente. Pode ser tolerado durante bastante tempo mas o tamponamento pericárdico pode desenvolver-se em qualquer altura
CASO CLÍNICO:
Apresentamos o caso de um paciente de 64 anos de idade, com antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio e dislipidemia, hábitos tabágicos (72 UMAs) e exposição profissional a fumos.
Recorreu ao serviço de urgência por dificuldade respiratória, tosse e dor torácica com 1 semana de evolução e astenia nos 3 dias anteriores. À entrada apresentava dispneia, com necessidade de oxigénio suplementar, sem distensão jugular.
Analiticamente destacava-se anemia (Hb 10,8g/L), elevação de NT-proBNP (1119 pg/mL) e ferritina (10682 ng/mL). Embora a zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2 fosse negativa realizou-se tomografia computorizada (TC) torácica que não demonstrou infeção por COVID-19 mas que identificou um derrame pericárdico (espessura de 4,5cm).
Efetuada pericardiocentese com saída de 1300mL de líquido hemático escuro.
Posteriormente realizou-se TC tórax, abdominal e pélvico onde se identificou uma formação nodular no músculo psoas esquerdo (34x27x36 mm), um nódulo de 28mm no lobo direito da tiróide e várias formações ganglionares mediastínicas. Assim, realizou-se biópsia do músculo psoas que revelou uma neoplasia pouco diferenciada, mas sem uma origem identificável, resultado semelhante à citologia do líquido pericárdico. Resultado citológico após broncofibroscopia sugestivo de carcinoma pulmonar de não pequenas células no entanto o resultado da Tomografia por Emissão de Positrões (PET) era mais sugestivo de neoplasia primária da tiróide.
Devido a um agravamento da situação clínica do doente optou-se por não prosseguir a investigação da neoplasia primária
DISCUSSÃO:
Este caso demonstra a importância de ter em conta uma neoplasia como causa primária de um derrame pericárdico. No entanto existiram alguns elementos contraditórios no diagnóstico da neoplasia - formação nodular no músculo psoas bem como na tiroide. Ainda assim e não tendo sido possível realizar uma biópsia no nódulo da tiroide não foi possível identificar com certeza a neoplasia primária.

P n.º 0421

Pericardite purulenta: uma causa incomum de dispneia

Diogo Alves Leal(1);Odete Duarte(1);Pedro Alves Silva(2);Joana Cascais Costa(1);Vítor Duque(2);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A pericardite purulenta (PP) e´ uma entidade potencialmente letal e com complicac¸o~es severas que, apesar de uma incide^ncia progressivamente menor com o advento da terape^utica antimicrobiana ainda esta´ presente na pra´tica cli´nica.
Doente do sexo masculino, 48 anos, recorreu ao Servic¸o de Urge^ncia (SU) por dispneia em agravamento com uma semana de evoluc¸a~o associada a ortopneia. Referia tosse com expectorac¸a~o na~o purulenta desde ha´ 10 dias e dor retroesternal induzida pela mesma. Relatou antecedentes de infec¸a~o por VIH-1 com incumprimento da terape^utica antirretrovi´rica. Apresentou pico febril à admissão no SU, sem alterações de relevo à aucultação cardíaca e pulmonar. O doente manteve-se esta´vel no SU, foi prescrita antibioterapia empi´rica por suspeita de infecc¸a~o respirato´ria com base na cli´nica e elevac¸a~o dos para^metros anali´ticos inflamato´rios. Apresentava um aumento acentuado do i´ndice cardiotora´cico que motivou a realizac¸a~o de ecocardiograma transtora´cico a` cabeceira do doente que mostrou derrame perica´rdio volumoso a condicionar compressa~o das cavidades direitas tendo sido efectuada pericardiocentese. O estudo microbiolo´gico do li´quido pe´ricardico revelou a presenc¸a de S. aureus e a tomografia computorizada tora´cica mostrou imagens compati´veis com pneumonia. Cumpriu 28 dias de tratamento com ceftriaxone, de acordo com o antibiograma do estudo. O doente recuperou sem sequelas aparentes deste episo´dio agudo.
Com maior prevale^ncia a partir dos 50 anos, a PP tem como fatores predisponentes a imunossupressa~o, alcoolismo e trauma tora´cico. Manifesta-se classicamente de forma aguda podendo cursar com febre, taquicardia, tosse seca e dispneia. A dor tora´cica e´ menos comum do que na pericardite aguda de outras etiologias. Esta´ tambe´m associada a uma maior percentagem a tamponamento cardi´aco e pericardite constritiva que outras formas de pericardite. Assim, e´ essencial o alto i´ndice de suspeic¸a~o para que o tratamento desta condic¸a~o ameac¸adora da vida seja institui´do o mais rapidamente possi´vel.

P n.º 0428

Endocardite infeciosa subaguda de válvula protésica por Pseudomonas aeruginosa

Tatiana Pereira Dos Santos(1);Ana Filipa Fernandes(1);Gonçalo Botelho Rodrigues(1);José Teixeira de Magalhães(1);Khrystyna Fedak(1);Pedro Amorim Machado(1);José Bernardes-Correia(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Pseudomonas aeruginosa é um bacilo gram-negativo raro na etiologia da endocardite infeciosa (EI), representando cerca de 2-3% dos casos. Infeções nosocomiais, especialmente com ponto de partida urinário, podem ser fator de risco para o seu desenvolvimento.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 78 anos, submetida a substituição valvular mitral com colocação de prótese biológica há mais de 12 meses por insuficiência mitral. À admissão apresentava febre alta (39.5ºC), mal-estar generalizado, hipotensão e vómitos. As análises revelaram proteína C reativa de 2.5 mg/dL; leucocitose (23.1x109/L) com neutrofilia (20.4x109/L) e isolamento de P. aeruginosa em hemoculturas. No ecocardiograma transesofágico foi detetada a presença de vegetação na prótese mitral, sem sinais de complicação local. A doente tinha dois internamentos nos últimos 3 meses por urossépsis a P. aeruginosa. Assim, foi estabelecido o diagnóstico de endocardite infeciosa por P. aeruginosa de válvula protésica tardia pelo que cumpriu antibioterapia dirigida com Meropenem e Gentamicina endovenosos durante 6 semanas com sucesso.
Discussão: Este caso configura um caso clínico incomum de endocardite por Gram negativos. Situações tão frequentes como são as infeções urinárias, sobretudo se associadas aos cuidados de saúde, podem complicar com bacteriemia e estar na base de quadros clínicos potencialmente graves. A P. aeruginosa, em particular, está mais frequentemente implicada na infeção de prótese valvular, com necessidade de tratamento prolongado e com elevado risco de recorrência.

P n.º 0430

Síndroma de Guillain-Barré em contexto de primoinfecção HIV: relato de um caso

Margarida Silva Cruz(1);Tiago Esteves Rodrigues(1);Pedro Matos(1);Rita Veiga Ferraz(1);João Rocha(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Síndroma de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia aguda desmielinizante do sistema nervoso periférico e constitui a principal causa de paralisia flácida e arreflexica ascendente no mundo. Habitualmente é precedida de um quadro infecioso. O seu diagnóstico é essencialmente clínico e é suportado pela análise do liquor cefalorraquidiano (LCR) e eletromiografia (EMG). A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode causar quadros neurológicos, incluindo SGB.

Caso Clínico: Homem, 41 anos, antecedentes de síndroma metabólica e artrite psoriática sob metotrexato. Recorreu ao serviço de urgência por febre, mialgias e alteração da marcha com 5 dias de evolução. Objetivada paraparésia assimétrica dos membros inferiores, de predomínio distal. Reflexos osteotendinosos globalmente fracos e ausentes nos membros inferiores. Análises, tomografia computorizada (TC) crânio e TC coluna sem alterações relevantes. LCR com 36 células e predomínio de linfócitos (88%), glicose 40mg/dl (sérica 96mg/dl); proteínas 34mg/dl. Pela suspeita de infeção do sistema nervoso central, iniciou empiricamente aciclovir e a ceftriaxone. Colheu pesquisa de RNA enterovirus, adenovirus e VVZ e bacteriológico do LCR, que se revelaram negativos. Evoluiu com tetraparésia arrefléxica ascendente, pelo que foi assumido SGB e administrada imunoglobulina endovenosa durante 5 dias. Realizada serologia para VIH que foi positiva tendo-se detetado 1410000 copias/ml (6,15 log) de RNA; completado estudo com pesquisa de RNA VIH no LCR (113.954cp [5.06log10]), contagem nadir de linfócitos T CD4+ (236/mm3 [25%]), pesquisa de HLAB5701 e de resistências à terapêutica antirretroviral, negativas. Estabelecido diagnóstico de SGB em contexto de primo-infeção pelo VIH e iniciada terapêutica antiretroviral. Durante o internamento apresentou discreta melhoria dos défices motores, à data de alta orientado para centro de reabilitação do Norte, com recuperação funcional.

Conclusão: Este quadro enfatiza a importância de um estudo etiológico adequado uma vez que a SGB se pode manifestar em qualquer estadio da infeção por VIH, nomeadamente após seroconversão aguda. A evolução clínica e prognóstico é semelhante à do SGB em imunocompetentes.

P n.º 0431

Infeção por vírus herpes, uma infeção comum não menos importante

Marina Coelho(1);Rita Fideles(1);Tiago Mascarenhas(1);Juliana Magalhães(1);Teresa Vilaça(1);Carla Henriques(1);Ana Costa(1);Ivone Barracha(1)
(1) CH Oeste- Torres Vedras

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A esofagite infeciosa é comum em doentes imunodeprimidos, sendo a infeção por vírus herpes uma das principais causas, quer por reativação ou extensão da infeção orofaríngea. Apesar da esofagite herpética ser em geral autolimitada, pode estar associada a complicações importantes como hemorragia, perfuração ou impactação alimentar.
Homem de 74 anos, com antecedentes de pneumectomia total esquerda 11 anos antes por carcinoma do pulmão e adenocarcinoma do cólon sigmoide com metastização hepática (estadio IV), diagnosticado (dgx) 3 meses antes, com indicação paliativa após decisão em consulta multidisciplinar. Admitido no serviço de urgência com quadro com 1 semana de intolerância alimentar por vómitos incoercíveis, disfagia e dor retrosternal em queimação. À observação: pressão arterial de 162/82mmHg, pulso de 90bpm, apirético, desidratado e emagrecido. Analiticamente: elevação dos parâmetros inflamatórios com leucocitose, neutrofilia e monocitose, anemia normocitica e normocrómica, hipomagnesémia, hiponatremia, elevação da fosfatase alcalina e gamaGT. A tomografia computorizada de tórax revelou além das alterações sequelares, 2 nódulos milimétricos no lobo superior e inferior do pulmão direito. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) com a identificação de alterações sugestivas de esofagite péptica severa (grau 4D) com ulceração circunferencial. O resultado anatomopatológico confirmou alterações citopáticas nas células epiteliais pavimentosas causadas por infeção por vírus herpes simplex, sem metaplasia intestinal ou displasia. Serologia infeciosa com anticorpos anti-herpes tipo 1 igG e citomegalovirus igG positivos. Inicialmente sob alimentação parentérica e inibidor da bomba de protões. Apresentou melhoria progressiva após terapêutica endovenosa com Aciclovir 5mg/kg de 8/8h, com reintrodução da dieta entérica com boa tolerância, tendo feito o switch para oral, que cumpriu durante 14 dias.
O dgx da esofagite herpética tem por base alterações endoscópicas inespecíficas, e deve ser confirmado por exame histopatológico. Apresentamos um caso com boa resposta à terapêutica instituída, iniciada 2 semanas após sintomas. O atraso no dgx e tratamento pode levar a complicações, dado a fragilidade associada aos imunodeprimidos, pelo que o tratamento empírico deve ser sempre ponderado.

P n.º 0440

púrpura trombocitopénica após primeira dose da vacina COVID-19: contributo ou consequência?

Filipa Cardoso(1);Ana Catarina Gonçalves(2);Manuel Monteiro(3);Adriana Watts(3);Pedro Pires(3);Rita Prayce(3)
(1) Unidade Funcional de Medicina 1.4. - Hospital de São José (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) CHLC - H S José

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A púrpura trombocitopénica (PT) pode ser primária (autoanticorpos plaquetários) ou secundária (infeciosa, medicamentosa, neoplasias hematológicas, doenças auto-imunes). No contexto pandémico a SARS-CoV2, têm-se verificado raros casos de PT secundária a vacinação (Jansen®, Astra-Zeneca® e Moderna), que podem estar associados a fenómenos de trombose sistémica (trombocitopenia trombótica induzida pela vacina), e concomitantemente a positividade ao autoanticorpo PF4 - embora patognomónico quando positivo, a sua negatividade não exclui o diagnóstico.
CASO CLÍNICO: Homem de 65 anos, saudável, sem alergias conhecidas e sem medicação habitual. De antecedentes familiares, salienta-se mãe com lúpus e síndrome mielodisplásico. Aparecimento de púrpura na mucosa jugal 72h após primeira dose da vacina COVID-19 Astra-Zeneca® e hematomas nos membros inferiores 7 dias depois. Sem epistaxis, gengivorragia, hematúria ou perdas gastrointestinais. Avaliação laboratorial com trombocitopenia grave (1x109/L), sem alterações da coagulação, fibrinogénio, D-Dímeros ou esfregaço sangue periférico. Do estudo etiológico, a salientar positividade de anticorpos (Ac) antiplaquetários contra as glicoproteínas plaquetárias Iib/IIIa e Ia/ IIa e Ac Helicobacter pylori (HP). Restante estudo negativo, incluindo Ac PF4; painel imunológico de lúpus e síndrome antifosfolipídico, serologias infeciosas, eletroforese proteínas, função tiroideia e PSA. Tomografia computadorizada com angiografia excluiu atipia e fenómenos trombóticos. Após erradicação da HP e 2 pulsos de corticoide constatou-se melhoria da contagem de plaquetas (~100x109/L), assumindo-se etiologia multifatorial (infeção a HP e vacinação), não tendo sido recomendado booster de vacina.
DISCUSSÃO: Este caso ilustra um caso de PT com dois eventuais precipitantes: a infeção a HP e a vacina COVID-19. Embora rara, a investigação da PT induzida pela vacina é essencial para compreender a doença e garantir a segurança dos inoculados.

P n.º 0449

Quem procura sempre encontra: a propósito de uma infeção por Cystoisospora belli

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves(1);Vasco Almeida(1);Gonçalo Cristóvão(1);Claudina Cruz(1);Ema Leal(1);Margarida Torres(1);Marta Leal(1);André Dias(1);Ana Raquel Pinto(1);João Caria(1);Hélder Pinheiro(1);Stepanka Betkova(1);Ana Raquel Garrote(1);Freddy Ramirez(1);Diana Seixas(1);Alexandra Caeiro(1);Sara Lino(1);Diana Póvoas(1);Orlando Cardoso(1);Maria José Manata(1);Fernando Maltez(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
Cystoisospora belli é um protozoário gastrointestinal com potencial de causar doença sobretudo em imunodeprimidos. Apesar da sua ampla distribuição geográfica, as infeções são mais comuns em áreas tropicais e subtropicais.

Caso Clínico
Mulher de 18 anos, saudável, natural da Guiné-Bissau, a residir em Portugal há 1 semana. Admitida no Serviço de Urgência por diarreia aquosa com dois meses de evolução, associada a perda ponderal e desconforto abdominal.
À avaliação: desidratada, com candidose oral e abdomén distendido com massa esquerda palpável. Analiticamente com lesão renal aguda. Serologias infecciosas confirmam infeção pelo vírus da imunodeficiência humana 1 (CD4+ 349,59 Cells/ul; carga viral 119000 cópias/mL). Imagiologicamente identificam-se duas lesões compatíveis com teratomas - a maior, em relação com o anexo esquerdo, ocupando a maior parte da cavidade pélvica (12,5 x 12,7 x 69 mm) e outra em relação com o anexo direito (68 x 45 x 70 mm), condicionando suboclusão intestinal.
Internada no Serviço de Doenças Infecciosas para estudo de diarreia crónica em doente VIH-1. Apesar de pesquisas de parasitas nas fezes negativas, realiza estudo endoscópico com isolamento histológico de Cystoisospora belli em biópsia duodenal, tendo iniciado tratamento com trimetropim-sulfametoxazol com melhoria do quadro.
Assumindo-se contributo mecânico para a etiologia da diarreia, foi submetida a quistectomia pela Ginecologia, com peça operatória a confirmar teratoma quístico maturo trigerminal do ovário bilateral, condicionando reacção inflamatória e focos de esteatonecrose.

Discussão
O diagnóstico da infecção por Cystoisospora belli é geralmente feito pela detecção de oocistos nas fezes. No entanto, os oocistos são excretados de forma intermitente e podem ser escassos, o que pode dificultar o diagnóstico. Em caso de elevada suspeição clínica, a deteção histológica poderá assumir um papel importante no diagnóstico

P n.º 0452

Favismo tardio - Um caso internacional

Marta Anastácio(1);Pedro Ferreira(1);Joana a. Duarte(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: O Favismo é um distúrbio hemolítico agudo que ocorre após ingestão de favas em doentes com deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6DPD). Pode surgir em qualquer idade, mas é mais frequente em crianças. A sua gravidade depende da atividade enzimática residual nos eritrócitos e pode variar no mesmo doente, entre eventos hemolíticos.
CASO CLÍNICO: Mulher búlgara de 62 anos, com história pessoal de doença pulmonar obstrutiva crónica controlada. Admitida no Serviço de Urgência por mal-estar, astenia, lipotímia, cefaleias, náuseas, febre não quantificada e fezes escuras há 3 dias. Referiu ingesta de favas pela primeira vez no dia anterior ao início das queixas. À observação inicial salientavam-se mucosas descoradas, icterícia cutânea e abdómen indolor. Foi feito toque retal e entubação nasogástrica, sem alterações. Analiticamente apresentava anemia hemolítica grave (hemoglobina 5.7 g/dL), aumento do índice reticulocitário, hiperbilirrubinemia (5.59 mg/dL com bilirrubina conjugada de 0.56 mg/dL), aumento da lactato desidrogenase (1386 U/L) com haptoglobina diminuída, leucocitose (20.9x109/L) e aumento da proteína C reativa (3.1mg/dL). A Urina II mostrou hemoglobinúria e bilirrubinúria. A Ecografia abdominal não mostrou alterações. No estudo complementar, o teste de Coombs indireto foi positivo e o esfregaço mostrou neutrófilos com núcleo hipersegmentado, anisocitose, policromatofilia, microesferócitos e corpos de Pappnheimer. Excluíram-se causas infeciosas e iatrogénicas. Por suspeita de Favismo fez-se doseamento de G6PD que estava diminuída (4.7U/g hemoglobina), confirmando o diagnóstico. Verificou-se melhoria da anemia e dos parâmetros de hemólise, sob tratamento de suporte com fluidoterapia endovenosa. Teve alta ao 6º dia de internamento com indicação para evicção de triggers de hemólise.
DISCUSSÃO: A deficiência de G6PD inclui-se no diagnóstico diferencial de hemólise intra e extravascular. O Favismo é a forma mais comum de anemia hemolítica aguda relacionada com esta enzimopatia hereditária. Este caso alerta para a frequência da síndrome e possibilidade de apresentação em idade adulta.

P n.º 0454

Anemia megaloblástica por anemia perniciosa, sem défice de vitamina B12?

Ana Correia de sá(1);Magda Costa(1);Anabela Carvalho(1);Ana Luís Ferreira(1);Daniela Casanova(1);Sílvia Nunes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A causa mais frequente de deficiência de vitamina B12 é a perda de fator intrínseco devido a gastrite atrófica autoimune. Apresentamos o caso de uma mulher de 46 anos que recorreu ao serviço de urgência por dejeções diarreicas, anorexia e perda ponderal. Do estudo realizado documentada pancitopenia com anemia macrocítica (mínimo de 6,4g/dL), leucopenia (mínimo de 2300 uL) com inversão da fórmula leucocitária e trombocitopenia ligeira, com um doseamento de DHL de 2665 UI/L. Não foram documentados défices vitamínicos, nomeadamente de vitamina B12. Foi excluída anemia hemolítica e a tomografia computorizada abdominopélvica não revelou organomegalias, nem adenomegalias. Realizado estudo medular que revelou hiperplasia da série eritroide, com presença de eritroblastos com sinais evidentes de diseritropoiese (presença de corpos de Howell-Jolly, de pontuado basófilo, de núcleos com contornos irregulares). A série mielóide apresentava neutrófilos em banda gigante e metamielócitos gigantes. Estes achados favoreciam o diagnóstico de anemia megaloblástica. Encontrava-se, ainda, em curso a pesquisa dos anticorpos a favor de anemia perniciosa. Realizou endoscopia digestiva alta que documentou gastrite crónica superficial no antro, sem atividade inflamatória valorizável. Pela elevada suspeita diagnóstica iniciou suplementação com cianocobalamina intramuscular, com melhoria clínica e analítica progressiva. Posteriormente, conhecidos resultados de positividade para anticorpos anti-célula parietal e anti-fator intrínseco, compatíveis com diagnóstico de anemia perniciosa. Na consulta de reavaliação aos 3 meses, apresentava resolução da pancitopenia, sob suplementação intramuscular. Apresentamos este caso clínico pela ausência laboratorial de deficiência de vitamina B12, em doente com pancitopenia exuberante, ressalvando que estudos recentes da literatura documentam a presença de valores falsamente normais a altos de vitamina B12 em doentes com anemia perniciosa, não devendo um doseamento normal de vitamina B12 excluir o diagnóstico em doentes com clínica compatível.

P n.º 0457

Agranulocitose secundária a propiltiouracilo

Catarina Borges Fernandes(1);Helena Andresen Guimarães(1);Paulo Torres Ramalho(1)
(1) Hospital CUF Porto

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A agranulocitose é uma complicação rara mas grave da terapêutica antitiroideia, com uma mortalidade que pode atingir os 22%. Uma contagem absoluta de neutrófilos <500/uL na presença de fármaco antitiroideu estabelece o diagnóstico. O tratamento inclui antibióticos largo espetro e fator estimulador de colónias granulocitárias em doentes selecionados.
Caso clínico: Mulher, 65 anos, obesa, hipertensa e diabética, com artrite reumatoide sob metotrexato e prednisolona, é admitida por fibrilhação auricular de novo, com resposta ventricular rápida em contexto de hipertiroidismo primário (TSH 0.01mUI/l, T4 livre 4,2ng/dL e T3 livre 15,9pg/mL). Iniciou propiltiouracilo. Um mês depois recorre ao serviço de urgência por febre, odinofagia, tosse seca e cefaleia. Objetivamente encontrava-se febril (Tº39,2ºC), com eritema faríngeo e hipertrofia amigdalina com exsudado pultáceo à direita. Apresentava leucopenia 1800/uL com neutropenia 110/uL, contagem de eosinófilos e basófilos de zero e monócitos 400/uL, com linfócitos normais, anemia (hemoglobina 10g/dL), plaquetas normais e elevação da proteína C reativa (12,4mg/dL). Perante o quadro de neutropenia febril foi colocada a hipótese de agranulocitose no contexto de introdução recente de propiltiouracilo com angina agranulocítica associada. A doente foi internada, o fármaco foi suspenso e iniciou antibioterapia empírica. Foram excluídas outras causas de agranulocitose. Verificou-se melhoria sustentada, com recuperação da contagem leucocitária até níveis normais, não tendo sido necessário tratamento com fator estimulador de colónias granulocitárias.
Discussão: A monitorização por rotina da contagem leucocitária não está recomendada, mas os clínicos devem estar atentos para este efeito adverso das tionamidas. Depois de um episódio de agranulocitose induzida por estes fármacos qualquer outro da mesma classe está contraindicado, pelo que o tratamento do hipertiroidismo passa, geralmente, pelo iodo radioativo ou cirurgia.

P n.º 0462

Infecção pelo vírus JC na infecção VIH com linfócitos TCD4 normais: uma associação rara.

Margarida Pimentel Nunes(1);Raquel Samões(2);Margarida França(2)
(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infecção por vírus JC em doentes imunossuprimidos causa leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP), uma doença desmielinizante que acomete sobretudo a substância branca. Mais recentemente, tem sido associada a imunossupressão iatrogénica e doenças hematoncológicas. Nos doentes com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), é uma doença definidora de SIDA associada a imunodepressão avançada, com elevada taxa de morbimortalidade. A terapêutica antirretroviral (TARV), ao permitir recuperação da imunidade, tem mostrado ser a única terapêutica a melhorar prognóstico. Apresentamos o caso de um homem de 52 anos, com hemofilia A grave e coinfecção VIH-1/VHC conhecida desde os 17anos (1987), sem TARV até 2000, altura em que é diagnosticada LEMP (nadir CD4=132), por ataxia com incapacidade para marcha e perda de destreza na mão direita, lesões compatíveis na ressonância magnética (RM) e vírus JC detectável no líquor (LCR). Iniciou TARV e cidofovir, com recuperação parcial de autonomia (marcha com apoio unilateral) e melhoria imagiológica. Evoluiu com melhoria progressiva de CD4 e supressão virológica desde 2011. A partir de 2017, com CD4=851, surge reagravamento progressivo dos sintomas iniciais, ao longo de 2 anos. O LCR revelou proteinorráquia ligeira e 4 células mononucleadas, imunofenotipagem normal, RNA VIH e de outros vírus (nomeadamente JC) indetectável e pesquisa de outros agentes infecciosos, bem como estudo de ataxias mediadas por anticorpos, negativos. A RM mostrou lesões de novo (sobretudo na fossa posterior) compatíveis com recidiva de LEMP, com agravamento face à RM prévia. Não foi realizada biópsia cerebral. Até à data, em estadio C1 CDC e com doença em progressão. O tratamento da LEMP passa por restaurar a imunidade. No entanto, neste caso, houve recidiva e progressão da doença com CD4 normais, 17 anos após a manifestação inicial. Embora previamente descrita, esta evolução é rara. O mecanismo de escape do vírus JC não é conhecido e não existe tratamento dirigido. Ainda sem grande evidência, os fármacos inibidores do checkpoint poderão trazer uma luz de esperança. Esta entidade permanece um desafio terapêutico.

P n.º 0463

Parésia do nervo hipoglosso como apresentação de disseção carotídea

Catarina Borges Fernandes(1);Helena Andresen Guimarães(1);Hugo Morais(1);Paulo Torres Ramalho(1)
(1) Hospital CUF Porto

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A disseção da artéria carótida interna (ACI) é pouco frequente (2,5% dos acidentes vasculares cerebrais na população geral, sendo mais prevalente nos jovens). Pode ser traumática ou espontânea e existe associação com fatores de risco bem determinados. A parésia isolada do nervo hipoglosso é uma manifestação rara de disseção da ACI e ocorre pela compressão do mesmo. É preconizada a hipocoagulação 3 a 6 meses, seguida de antiagregação plaquetária (AAP).
Caso Clínico: Homem, 45 anos, saudável, recorre ao serviço de urgência por cefaleia hemicraniana direita, desvio da língua, disfagia e disartria, sem história de trauma ou manipulação cervical recente. Ao exame neurológico apresentava disartria e desvio da língua para a direita, a sugerir paralisia do nervo hipoglosso. Sem outros défices neurológicos ou outras alterações ao exame objetivo, para além de tensão arterial de 165/97mmHg. O estudo analítico foi normal. A tomografia computorizada (TC) cerebral não demonstrava eventos isquémicos agudos mas levantou a suspeita de dissecção carotídea. O angio-TC dos troncos supra-aórticos descrevia irregularidade de preenchimento da ACI direita com ectasia inicial deste vaso, seguida de redução do seu calibre, com estenose suboclusiva na entrada na base do crânio, a favorecer o diagnósitco de disseção, sem evidência de falso aneurisma ou hemorragia ativa. Foi admitido na unidade de cuidados intermédios e iniciou terapêutica anti-trombótica com enoxaparina. A ressonância magnética nuclear confirmou o diagnóstico. Ao fim de 3 dias apresentava resolução da sintomatologia e recuperação total dos défices neurológicos. Teve alta com hipocoagulação terapêutica que manteve durante 6 meses, sem novos episódios, altura em que foi suspensa e introduzida AAP.
Discussão: Neste caso não foi possível estabelecer a etiologia inequívoca, pelo que considerámos tratar-se de uma forma espontânea. O reconhecimento precoce da dissecção da ACI é essencial para permitir um tratamento apropriado e para minimizar o risco de complicações isquémicas e tromboembólicas, pelo que se pretende realçar a necessidade da avaliação clínica cuidada com a valorização da semiologia encontrada tendo em contra os aspetos patogénicos e fisiopatológicos, seguida de numa marcha diagnóstica adequada.

P n.º 0464

Poliartrite inflamatória: a importância da suspeição clínica nos síndromes paraneoplásicos

Catarina Relvas(1);Madalena Machete(1);Patrícia Moreira(1);Mafalda Vasconcelos(1);Francisco Paralta Branco(1);João Espírito Santo(1);Célia Machado(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As doenças sistémicas imunomediadas podem ser a manifestação clínica de síndromes paraneoplásicos, com formas de apresentação heterogéneas e pouco específicas.
Apresentamos o caso de um homem de 69 anos, com história de adenocarcinoma da próstata, encaminhado à consulta de Doenças Auto-Imunes por quadro de dor osteoarticular de padrão inflamatório, inicialmente a atingir grandes articulações, com posterior envolvimento de pequenas articulações, de forma simétrica e limitante. À observação, sem articulacões dolorosas ou tumefactas, com adenopatia cervical palpável à direita. Necessidade de doses elevadas de corticóide e metotrexato sem controlo adequado das queixas articulares. Por suspeita de síndrome paraneoplásico, realizou tomografia computorizada (TC), com imagem captante de contraste na valécula esquerda, adenopatia cervical à direita e micronódulos pulmonares de natureza indeterminada em ambas as bases. Biópsia de adenopatia sem células neoplásicas. Laboratorialmente, enzima conversora de angiotensina aumentada, tendo sido colocada a hipótese de doença granulomatosa.
Reavaliação imagiológica aos 12 meses com aumento volumétrico da adenopatia, com componente necrótico/liquefeito. Repetidas biópsias, com evidência de metastização de carcinoma pavimentocelular. Após restante estudo, sem doença à distância, assumido diagnóstico de neoplasia de primário oculto da cabeça e pescoço, tendo sido iniciado tratamento dirigido, com remissão da sintomatologia osteoarticular.
O diagnóstico de um síndrome paraneoplásico auto-imune é um desafio clínico dada a ausência de características específicas da sua apresentação. É fundamental manter um elevado grau de suspeição em doentes com sintomas que não correspondam a um diagnóstico claro, principalmente naqueles com fraca resposta à terapêutica standard. O reconhecimento precoce da causa maligna é imperativo não só pelo impacto no prognóstico, como na resolução da sintomatologia imunomedidada.

P n.º 0465

Quando a zona não vem só

Marta Batista(1);Daniela Casanova(1);Magda Costa(1);Ana Mendes Costa(1);Inês Amaral Neves(1);Laura Castro(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Guimarães

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O herpes zoster (HZ) emerge de uma reativação do vírus varicella-zoster (VVZ), que se encontra latente a nível do sistema nervoso central (nos gânglios das raízes dorsais e cranianos) após a infeção primária. É caracterizado por um exantema vesicular com distribuição num dermátomo. A sua incidência aumenta com a idade, estando relacionado com a perda de imunidade celular.
Os autores descrevem um caso de celulite periorbitária resultante de HZ oculo-cutâneo sobreinfetado e de meningoencefalite por VVZ.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino com 70 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de doença cerebrovascular, síndrome demencial e etilismo crónico.
Admitido no Serviço de Urgência por prostração e anorexia com 24 horas de evolução, acompanhado por eritema, edema e lesões vesiculares na região periorbitária esquerda. Ao exame objetivo hemodinamicamente estável, febril, prostrado (Glasgow 11), com lesões vesiculares em diferentes fases de cicatrização dispersas pelos dermátomos V1 e V2 à esquerda.
Realizou tomografia craneo-encefálica: (...) Sinais de leucoencefalopatia isquémica. (...) Espessamento dos tecidos moles da face e periorbitários à esquerda, de provável natureza inflamatória (...); foi realizada punção lombar compatível com meningite viral e do painel meningite-encefalite foi isolado PCR do VVZ. Do restante estudo complementar, serologias VVZ IgG positivo, IgM negativo. Cumpriu terapêutica com aciclovir e vancomicina com melhoria analítica e clínica. À data de alta, apresentava disfagia para líquidos tendo iniciado plano fisiátrico.
Discussão: Este caso ilustra uma complicação grave da reativação do VVZ, sendo essencial a realização precoce de punção lombar. O diagnóstico das complicações graves inerentes e o tratamento precoce são essenciais para que haja uma redução da morbilidade e mortalidade.

P n.º 0466

Mutismo enquanto apresentação de meningite bacteriana aguda no Serviço de Urgência

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves(1);Inês Duarte(1);Rita Jesus(1);Diogo Ramos(1);Vasco Almeida(1);Mariana Morais(1);Ivânia Furtado(1);Ana Raquel Soares(1);Rita Prayce(1);Ana Catarina Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

A meningite é uma doença inflamatória das leptomeninges e é caracterizada por um número anormal de leucócitos no líquido cefalorraquidiano. A tríade clássica da meningite bacteriana aguda consiste em febre, rigidez de nuca e alteração do estado de consciência.

Caso Clínico

Mulher de 53 anos, parcialmente dependente por sequelas de acidente vascular cerebral hemorrágico por rutura de aneurisma com colocação de derivação ventriculo-peritoneal dois anos antes, hipertensão arterial essencial, dislipidemia e nanismo.
Admitida no Serviço de Urgência por febre, prostração e mutismo com 24 horas de evolução. Ao exame objetivo a destacar rigidez marcada da nuca, pirexia e mutismo não seletivo. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios, gasimetria sem hiperlactacidemia, hipoxemia ou disturbios iónicos, TC-CE sem alterações agudas, punção lombar com saída de líquido turvo, 3282 células de predomónio polimorfonucleares, glicorraquia 46, hiperproteínorraquia 170 e LDH 103, cultura estéril (quantidade de amostra < 500mL), hemoculturas estéreis.
Pela hipótese diagnóstica de meningite bacteriana em doente com derivação ventriculo-peritoneal foi iniciada antibioterapia empírica com cefepime e vancomicina; bem como dexametasona 10mg, internando-se para estudo no Serviço de Doenças Infeciosas.
No internamento repetiu punção lombar ao 7º dia de antibioterapia empírica, confirmando-se esterilização do liquor, e teve uma evolução clínica favoravel, havendo resolução do quadro de mutismo ao 8º dia.
Pela evolução favorável, sem indicação para substituição da derivação ventriculo-peritoneal. Teve alta para o domicílio ao 15º dia.

Discussão

A meningite é uma das complicações mais graves em doentes com derivação ventriculo-peritoneal. Apesar de não ter sido identificado o agente etiológico, a clínica e características do líquor suportam o diagnóstico. A apresentação clínica sob a forma de mutismo é possível, apesar de incomum.

P n.º 0469

Um caso de síndrome maligna dos neurolépticos

Catarina Borges Fernandes(1);Helena Andresen Guimarães(1);Paulo Torres Ramalho(1)
(1) Hospital CUF Porto

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A síndrome maligna dos neurolépticos (SMN) é um efeito secundário grave, mas potencialmente fatal destes fármacos, causada pela desregulação marcada da neurotransmissão de dopamina. Trata-se de uma emergência neurológica que pode ser observada em doentes após a administração de fármacos antidopaminérgicos ou após a suspensão abrupta dos mesmos. A incidência varia entre 0.02 e 3% dos doentes medicados com neurolépticos. O tratamento passa pela suspensão imediata do fármaco, ou restituição quando suspenso abruptamente, medidas de suporte com hidratação agressiva, correção de distúrbios metabólicos e arrefecimento corporal. Em casos mais graves pode ser necessário iniciar bromocriptina, dantroleno, benzodiazepinas ou terapia eletroconvulsiva. A maioria dos casos recupera totalmente em cerca de 2 semanas, mas a mortalidade pode chegar aos 20%.
Caso Clínico: Homem, 56 anos, com esquizofrenia, medicado com clozapina 400mg/dia, haloperidol 10mg/dia e lorazepam 12,5mg/dia. É trazido ao serviço de urgência por febre, dificuldade na marcha e alteração do estado mental em relação ao seu habitual. Ao exame objetivo encontrava-se agitado, desorientado, febril, nomotenso, taquicárdico, com rigidez muscular moderada. Analiticamente destacava-se leucocitose (14700/uL), elevação da proteína C reativa (10,5mg/dL), elevação da creatina-quinase (CK) (1467U/L) e discreta lise hepatocelular. Uma tomografia computorizada cerebral recente, realizada já após o início dos sintomas, descrevia apenas focos glióticos e ligeiro alargamento ventricular supratentorial e de alguns sulcos da convexidade. Colocou-se a hipótese de SMN e o doente foi internado na unidade de cuidados intermédios. Excluída infeção do sistema nervoso central, suspendeu os neurolépticos e iniciou fluidoterapia, dantroleno e lorazepam. Verificou-se resolução da febre e melhoria neurológica e analítica, com diminuição sustentada da CK e da leucocitose.
Discussão: O rápido reconhecimento das características clínicas da SMN é crucial para o diagnóstico e intervenção precoces. Este caso ilustra a importância de um alto nível de suspeição e sublinha a necessidade de todos os médicos estarem sensibilizados para reconhecer e gerir prontamente esta entidade, dada a prescrição cada vez mais generalizada de neurolépticos.

P n.º 0470

A apresentação fruste de uma neoplasia pulmonar catastrófica

Ana Correia de sá(1);Daniela Casanova(1);Magda Costa(1);Ana Luís Ferreira(1);Ana Luísa Campos(1);Inês Ferreira(1);Isabel Trindade(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças oncológicas

O carcinoma pulmonar de pequenas células surge habitualmente nas vias aéreas centrais, em fumadores. O período de sintomatologia que antecede o diagnóstico é curto devido à sua agressividade, sendo que 70% já apresentam metastização aquando do diagnóstico. Apresentamos o caso de uma mulher de 60 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais conhecidos, que recorreu ao serviço de urgência por lombalgia com irradiação para a coxa direita com 1 mês de evolução. Objetivamente apresentava dor na mobilização do membro inferior direito associada a diminuição da força muscular (grau 3/5), sem outras alterações. Realizou radiografia do membro que revelou avulsão do pequeno trocânter e posteriormente tomografia computorizada que revelou infiltração medular no fémur, com envolvimento cortical no pequeno trocânter e colo femoral traduzindo suspeita de neoformação óssea. É internada por dor não controlada e do estudo etiológico realizado documentada volumosa lesão no lobo pulmonar superior direito (75x73x49mm), com extenso contacto pleural mediastínico, com encarceramento vascular dos ramos superiores e com íntimo contacto com o brônquio, coexistindo incontáveis adenopatias necróticas hilares e mediastínicas homolaterais, bem como metastização bilateral que não poupava nenhum lobo. Para estadiamento realizou tomografia computorizada cranioencefálica que revelou múltiplas lesões expansivas, dispersas nos hemisférios cerebrais bilateralmente e no hemisfério cerebeloso direito, algumas com edema vasogénico e discreta deformação do IV ventrículo. A doente realizou ecoendoscopia brônquica, tendo o resultado da biópsia revelado carcinoma pulmonar de pequenas células, neste caso estadio IVB. Realizou radioterapia no fémur, holocraniana e torácica, assim como quimioterapia. Apresentou uma deterioração clínica progressiva, com vários internamentos, tendo sido internada pela última vez 4 meses após o diagnóstico por síndrome da veia cava superior, tendo vindo a falecer. Apesar deste ser um carcinoma altamente responsivo à quimioterapia e radioterapia, apenas 2% sobrevivem a 5 anos. Ressalvamos este caso clínico pela sintomatologia frustre apesar da gravidade da doença neoplásica instalada.

P n.º 0472

Icterícia e hiperlipidemia: duas manifestações de uma só doença

Eulália Antunes(1);Joana Lopes(1);Rui Jorge Silva(1);Bruno Sousa(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A colangite biliar primária (CBP) e a hepatite autoimune são doenças autoimunes do fígado, apresentam características em comum e, portanto, são diagnóstico diferencial uma da outra podendo mesmo coexistir.
Doente do sexo feminino, 56 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia recorreu ao serviço de urgência por anorexia, fadiga e icterícia com uma semana de evolução. O estudo analítico evidenciou hiperbilirrubinemia, aumento das transaminases na ordem dos 1000 u/L e da fosfatase alcalina superior a 3 vezes o normal. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica que excluiu patologia hepática, pancreática ou obstrução das vias biliares. Foi então internada no Serviço de Medicina Interna para estudo etiológico. Tratava-se de doente sem comorbilidades hepáticas conhecidas, apresentando apenas toma prévia de flucloxacilina durante 7 dias. Analiticamente, além do já mencionado, com aumento da gama GT e hiperlipidemia - colesterol total superior a 600 mg/dL. As serologias víricas foram negativas e o estudo imunológico evidenciou anticorpos anti-mitocôndria e anti-musculo liso positivos. Neste contexto levantadas as hipóteses diagnósticas de colangite biliar primária e de hepatite autoimune, tendo realizado biópsia hepática que veio revelar presença de inflamação (nas áreas portais), sem outras alterações. Por apresentar critérios de CBP e pela forte suspeita clínica iniciou tratamento com ácido ursodesoxicolico (AUDC) com melhoria clínica e analítica progressiva, na consulta de reavaliação após três meses verificada normalização dos parâmetros.
A colangite biliar primária ocorre entre 1,9 a 40/100 000 pessoas, e acomete sobretudo mulheres entre os 30 e 65 anos. Esta pode evoluir para cirrose, desfecho este que pode ser evitado com o correto tratamento com AUDC.

P n.º 0478

Síndrome Hemofagocítica – importância da suspeita clínica!

Patricia Baptista(1);Sérgio Lima(1);Diogo Costa(1);Sofia Moura de Azevedo(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Síndrome Hemofagocítica (SHF) (ou linfohistiocitose hemofagocítica) é uma entidade clínica rara, rapidamente progressiva e potencialmente fatal, caracterizada por ativação desregulada do sistema imune. O prognóstico depende do seu reconhecimento precoce.
Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 84 anos, admitida no internamento de Hematologia para estudo de quadro constitucional com febre, bicitopenia, hepatoesplenomegalia e adenopatias supra e infradiafragmáticas. Mielograma com celularidade normal, com algumas figuras de hemofagocitose. Transferida para o serviço de Medicina por ausência de evidência de doença hematológica primária. A avaliação inicial no serviço de Medicina foi de que o quadro era compatível com síndrome hemofagocítica – hepatoesplenomegalia, febre, bicitopenia (Hb 7,6g/dL e Plaq 98000/ul), hipertrigliceridemia (382mg/dL), hiperferritinemia (3194ng/mL) e imagens de hemofagocitose no mielograma – tendo sido prontamente instituída terapêutica com dexametasona endovenosa. Sem evidência de doença autoimune ou causa infeciosa. Evolução com alteração do estado de consciência, tendo realizado punção lombar com positividade do vírus Herpes Simplex 1 e Epstein-Barr no líquido cefalorraquidiano, mas sem citoquímico sugestivo de inflamação meníngea – assumidos como prováveis reativações. Sem possibilidade abordagem pela radiologia de intervenção de qualquer adenopatia, pelo que foi realizada biópsia hepática percutânea cujo exame histológico revelou a infiltração de células Hodgkin e Reed-Sternberg compatível com Linfoma de Hodgkin clássico. A doente evoluiu com rápida deterioração do estado geral, com acumulação de disfunções de órgão e ausência de resposta clínica à dexametasona, tendo vindo a falecer.
Discussão: Este caso reforça a importância de um elevado índice de suspeição de forma a possibilitar um diagnóstico precoce e uma terapêutica atempada, perspetivando um melhor prognóstico.

P n.º 0479
A importância do diagnóstico diferencial
Ana Ramoa(1);Diana Fernandes(1);Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Marta Mendes(1);Rita Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A incidência da espondilodiscite tem vindo a crescer dado o aumento da esperança média de vida e as condições debilitantes associadas. A apresentação clínica insidiosa pode levar a um atraso no diagnóstico.
Doente de 83 anos, com alterações degenerativas da coluna e portadora de válvula aórtica mecânica, trazida ao serviço de urgência por febre com 4 dias de evolução. Ao exame físico apresentava febre e hipotensão arterial. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Na tomografia axial computorizada identificado abcesso do músculo psoas esquerdo. Colhidas hemoculturas com isolamento de staphylococcus aureus meticilino resistente, com evidência de vegetação em ecocardiograma transesofágico. Assumida endocardite infeciosa. Iniciado tratamento com vancomicina, gentamicina e rifampicina. Apesar da resposta analítica favorável, manteve-se subfebril e queixas de dores localizadas à coluna dorso-lombar, pelo que foi levantada a suspeita de espondilodiscite, confirmada posteriormente por RNM da coluna (nível L1-L2). Foi acrescentada antibioterapia com cefalosporina de 3ªgeração, com melhoria clínica acentuada.
A presença de endocardite infeciosa e as alterações degenerativas da coluna constituem fatores de risco para espondilodiscite e ocorre mais frequentemente na presença de bacteriemia devido a dispositivos intra-cardíacos, e pelo staphylococcus aureus que devem levar-nos a suspeitar este diagnóstico. A presença do abcesso do músculo psoas deve ser considerado como um diagnóstico diferencial da espondilodiscite, mas deve ser tido em conta por poder estar presente concomitantemente. A dor na coluna vertebral de instalação progressiva e a febre deve constituir um alerta para este processo inflamatório.

P n.º 0483

Favismo – a propósito de um caso clínico

ANDREIA SALGADINHO MACHADO(1);Marco Fernandes(1);Cristina Gouveia(1);Bruno Freitas(1);Pedro Ferreira(1);Antony Dionísio(1);João Carlos Oliveira(1);Francisca Dâmaso(1);Margarida Ribeiro(1);Ana Lynce(1);Candida Fonseca(1);Filipa Gamboa(1);Cândido Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O défice de glucose-6-fosfato é o distúrbio do metabolismo dos eritrócitos mais comum, que se manifesta após exposição a agentes/fatores oxidantes como a ingestão de favas, processos infeciosos, determinados fármacos ou cetoacidose diabética.
Masculino, 29 anos, natural do Bangladesh, sem antecedentes pessoais ou familiares conhecidos, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de lombalgia bilateral com irradiação aos flancos, astenia, febre, icterícia e hematúria. Referência a ingestão de favas pela primeira ver cerca de 3 dias antes do início do quadro. À admissão apresentava-se ictérico, subfebril, taquicárdico. Analiticamente com anemia (Hb 9.4 g/dL), reticulocitose, haptoglobina indoseável (<10 mg/dL), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 7.39 mg/dL, com predomínio da bilirubina indireta), citocolestase ligeira; hematúria no sedimento urinário. Teste Coombs negativo. Por agravamento da anemia realizou 1 unidade de concentrado eritrocitário, sem rendimento pós-transfusional. Evoluiu com melhoria progressiva da anemia e resolução das queixas que motivaram o internamento. Verificou-se défice de glucose-6-fosfato (G6PD) após o devido doseamento, confirmando a hipótese diagnóstica de défice G6PD, exacerbado pela ingestão de favas. À reavaliação, uma semana após a alta, já sem marcadores analíticos de hemólise, sem alteração da enzimologia hepática e sem recorrência das queixas.
Apesar de fazer parte de um espectro de patologia menos frequente, o défice G6PD teve ser tido em conta sempre que é objetivada anemia hemolítica de novo, principalmente em idade jovem, sendo fundamental a realização de uma história clínica completa, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos alimentares e medicamentosos. Quando identificada atempadamente e uma vez procedendo ao controlo/evicção do fator desencadeante, esta patologia tem geralmente bom prognóstico, como demonstrado no caso acima descrito.

P n.º 0485

Paraganglioma – uma causa rara de hipertensão arterial

Patricia Baptista(1);Ana Oliveira(1);Ana Rita Cruz(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Os paragangliomas (PGLs) são tumores neuroendócrinos raros, que derivam de células da crista neural embrionária. Os PGLs podem derivar de paragânglios simpáticos e parassimpáticos, indistinguíveis a nível celular mas diferem quanto à sua distribuição anatómica, frequência de síndrome genético subjacente e manifestações clínicas. A hipertensão arterial (HTA) associada a cefaleias, palpitações e hipersudurese são os principais sintomas dos PGLs simpáticos produtores de catecolaminas.
Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 19 anos, com excesso ponderal, referenciada à consulta de Medicina para estudo de causas secundárias de hipertensão arterial - diagnosticada em contexto de episódio de cefaleia intensa. Sem evidência de lesões de órgão alvo relacionadas com a HTA. Do estudo de causas secundárias: sem alterações no ecocardiograma ou na ecografia renal; sem contracetivos orais ou outros fármacos; função renal e função tiroideia normais, sem distúrbios iónicos, renina e aldosterona séricas normais; cortisol sérico e urinário normal; marcada elevação da noradrenalina e normetanefrina séricas (32282 pmol/L e 12531 pmol/L, respetivamente) e urinárias (5851 nmol/d e 9880 nmol/d, respetivamente). AngioTC abdominal mostrou massa hipervascular para-vertebral e para-aórtica esquerda com cerca de 4,6*3,6*7,5cm sugestiva de paraganglioma. PET com gálio68-DOTA-TOC mostrou hiperexpressão anómala de recetores de somatostatina em atividade em sede paravertebral esquerda compatível com a suspeita de paraganglioma, restante estudo sem alterações. À data de submissão deste resumo a doente encontra-se a aguardar a resseção cirúrgica da massa, bem como resultado do estudo genético.
Discussão: Este caso mostra a importância do estudo de causas secundárias de hipertensão arterial em grupos específicos de doentes, permitindo o diagnóstico precoce de determinadas entidades nosológicas que podem necessitar de um tratamento e abordagem dirigidas. Nesta doente em particular trata-se de uma causa potencialmente curável e que, se associado a mutações germinativas, apresenta implicações para os familiares próximos.

P n.º 0487

Um piopericárdio com mediastinite na sua evolução

Carina Costa e Silva(1);Flávia Freitas(1);Rita Sevivas(1);Susana Merim(1);José Miguel Ferreira(1);João Mota(1);Carla Costa(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A mediastinite é um processo inflamatório do tecido conjuntivo do mediastino, tendo como fatores predisponentes a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tabagismo, corticoterapia (CCT) prolongada e diabetes mellitus. O ponto de partida para esta inflamação pode ser rotura esofágica (RE), pós-procedimentos como esternotomia ou colocação de drenos ou ainda abcessos de cabeça e pescoço, incluindo os abcessos dentários.
Caso Clínico: Homem de 54 anos, ex-fumador, com antecedentes de DPOC sob CCT e múltiplas cáries, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia e dispneia em repouso com 5 dias de evolução. Apresentava hipotensão, hipoxemia e apirexia. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. A tomografia computorizada revelou derrame pericárdico volumoso. Evoluiu em choque, com insuficiência respiratória grave tendo sido entubado. Realizou pericardiocentese com saída de líquido purulento. Colocado dreno pericárdico e iniciou Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina. Isolados Fusobacterium e Streptococcus anginosus no líquido pericárdico e foi alterada antibioterapia para Penicilina e Clindamicina que cumpriu durante 18 dias associado a lavagens pericárdicas. Foi excluída RE e fístula bronco-pericárdica. Por piopericárdio e mediastinite com persistência de drenagem purulenta, infeção dos tecidos moles circulantes ao dreno com loca mediastínica, associados a febre e elevação dos parâmetros inflamatórios, realizou esternotomia com descompressão cardíaca, aspiração de conteúdo purulento e colocação de drenos pericárdico e pleural. Escalou-se antibioterapia para vancomicina e meropenem. Apresentou evolução favorável, tendo sido possível retirar os drenos. Cumpriu 36 dias de vancomicina e meropenem, com apirexia sustentada e regressão dos parâmetros inflamatórios. Teve alta medicado com colchicina.
Discussão: Neste caso destacam-se os múltiplos fatores predisponentes que o doente apresentava para esta condição, os agentes isolados estão associados a infeções da cavidade oral, tendo sido esta a provável via para o piopericárdio e a manipulação de dreno como ponto de entrada para a mediastinite. Ressalva-se ainda a importância de instituição precoce de antibioterapia empírica incluindo anaeróbios.

P n.º 0492

SIADH e Carcinoma das pequenas células: um caso clínico

Nuno Ricardo Oliveira(1);Rosa Amorim(1);Francisco Sanmartin(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças oncológicas

A hiponatremia é o disturbio electrolítico mais comum, havendo várias causas. Uma das mais relevantes é a Secreção inadequada de hormona anti-diurética (SIADH), que se caracteriza por uma hiponatremia hipotónica, euvolémica com hiperosmolaridade urinária e aumento da secreção de ADH sem estímulo desencadeante.
Caso clínico:
Mulher, 54 anos, recorre ao SU por tonturas, vertigens, cefaleias, náuseas e vómitos com 3 semanas de evolução acompanhada de tosse crónica de agravamento recente, sem sintomas constitucionais. AP: HTA, tabagismo crónico; medicada com indapamida. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente com Na de 100mg/dL, hipovolémia, osmolaridade plasmática de 221 mmosm/kg e urinária de 340 mmosm/kg com Na >40; Estudo analítico funcional renal e suprarrenal sem alterações; TC-CE não revelou alterações. TC Tórax apresentava enfisema nos lobos superiores, Crazy Paving e imagem nodular indeterminada no lobo inferior direito. Realizou Broncofibroscopia que mostrou “mucosa de aspecto infiltrado e hipervascularizada com estreitamento do orifício de entrada”. A Biópsia mostrou Carcinoma de pequenas células.
Feito o diagnóstico de SIADH paraneoplásico, a correção da natremia foi muito difícil, com rápida recorrência. Mesmo sob suplementação oral de 9 g de sal diário, para além de restrição hídrica de 500ml por dia, verificava-se queda ligeira da natrémia.
Transferida para o IPO, iniciou quimioterapia Etoposido+Cisplatina 21/21 dias.
Discussão
Este caso reforçou a necessidade de uma abordagem disciplinada e sistemática à etiologia da hiponatrémia para chegar a um correcto diagnóstico, porque houveram fatores de confundimento: vómitos, cefaleias, vertigens, medicação diurética e ausência de sintomas constitucionais. Foram aspetos que tivemos de analisar e progressivamente contextualizar.
Ficou patente, neste caso, que, em doença neoplásica activa, apenas o controlo de foco etiológico do SIADH acaba por permitir a normalização hidroelectrolítica.

P n.º 0497

Miocardite associada ao SARS-CoV-2: um caso clínico

Daniano Caires(1);Luís Santos(1);Daniel Carvalho(1);João Gouveia(1);Carolina Cardoso(1);Francisco Sousa(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A COVID-19 é uma doença infecciosa com uma morbimortalidade significativa, especialmente quando existe atingimento cardíaco.
Dada a atual situação pandémica, pretendo reportar e contribuir para o esclarecimento de uma das várias complicações cardíacas da COVID-19 como é o caso da miocardite associada ao SARS-CoV-2 (MASC2).
Caso Clínico
Homem de 72 anos com bronquite crónica e carga tabágica de 60 UMA. Alergia medicamentosa ao acido acetilsalicílico.
Recorreu ao SU a 20/04/2022 por TRAg positivo para o SARS-CoV-2 e início súbito de fadiga e dispneia para pequenos esforços acompanhado de tosse. Negava pré-cordialgia, sincope, palpitações, febre ou outra sintomatologia. Apresentava-se apirético, polipneico e taquicárdico. À auscultação cardio-pulmonar salientava-se crepitações e sibilos nas bases pulmonares. Analiticamente sem leucocitose, PCR 23 mg/L, CK-MB 51 U/L, NTpro-BNP 2629 pg/ml, HsTnT 1.430 ng/ml (0h) e HsTnT 1.560 ng/ml (3h). O ECG não apresentava sinais de isquémia ou outras alterações.
Obteve-se confirmação de infeção SARS-CoV-2-por teste RT-PCR e o doente foi internado na Unidade de Internamento COVID-19 para monitorização, tendo iniciado empiricamente clopidogrel, nitroglicerina e atorvastatina.
Durante o internamento apresentou ECG sem novas alterações. Apresentou melhoria significativa da dispneia e fadiga. Analiticamente obteve-se normalização de CK-MB e descida sustentada da troponina. O ecocardiograma TT (ETT) não mostrou alterações de relevo.
Atendendo ao contexto clínico, à evolução analítica e à ausência de dor torácica e de alterações no ECG e ETT assumiu-se MASC2.
Discussão
Face ao atual contexto pandémico é importante ter uma elevada suspeição clínica acerca das complicações cardíacas associadas ao SARS-CoV-2 dado que podem influenciar o prognóstico do doente. Note-se, ainda, a importância do doseamento dos biomarcadores cardíacos em utentes com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca de novo no contexto de infeção por SARS-CoV-2.

P n.º 0500

Abcesso cerebral secundário a cárie dentária

Mauro Gomes Marques(1);Bárbara Lemos(1);Soraia Pinho Duarte(1);Pedro Neves Tavares(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O abcesso cerebral é uma infeção focal do parênquima cerebral de etiologia variável. Pode ser secundário a traumatismo craniano, procedimento neurocirúrgico ou resultar da disseminação contígua ou hematogénica de outro foco infeccioso.
Caso clínico: Mulher de 41 anos admitida no serviço de urgência por paresia facial central, hemiplegia direita, cefaleia e vómitos. Realizou TC-CE (tomografia computorizada crânio-encefálica) que descreve “coleção parieto-temporal esquerda com centro hipodenso e 4 cm de diâmetro rodeada por edema que condiciona desvio contralateral da linha média. Admitem-se as hipóteses de tumor glial de alto grau ou de abcesso”. A doente foi submetida a drenagem urgente da lesão, confirmando-se a suspeita de abcesso. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Metronidazol, corticoterapia e profilaxia anticonvulsivante. Após isolamento de Streptococcus intermedius na cultura do líquido do abcesso, a terapêutica foi ajustada tendo iniciado Penicilina G. Por suspeita de origem odontogénica, foi observada por Estomatologia, confirmando doença periodontal com necessidade de extração de três peças dentárias. Perfez um total de 12 semanas de antibioterapia e cumpriu reabilitação motora. Evoluiu favoravelmente com resolução gradual dos défices neurológicos e com redução progressiva das dimensões do abcesso e do efeito de massa do edema perilesional em RM (ressonância magnética) seriadas.
Discussão: O abcesso cerebral é uma infeção potencialmente grave cuja abordagem se baseia em três pilares: antibioterapia, controlo local do abcesso e eliminação de foco infeccioso primário. A origem odontogénica, apesar de rara, deve ser considerada na presença de doença periodontal dado que a sua resolução precoce determina um menor risco de complicações imediatas e futuras.

P n.º 0504

Um desafio chamado ... Síndrome de Ogilvie

Luisa Soares Miranda(1);Carla Silva Gonçalves(1);Ana Rita Cruz(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A sindrome de Ogilvie (SO), é uma dilatação do cólon sem causa obstrutiva. Os fatores de risco para a SO não estão completamente estabelecidos, mas sabe-se que é causa de morbimortalidade sendo a isquemia e a perfuração intestinais as complicações mais graves. Não existe evidência cientifica suficiente que suporte o estabelecimento de linhas de orientação consensuais para tratamento do SO.
Caso Clínico: Mulher 71 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença psiquiátrica com sintomatologia psicótica de difícil gestão sob polimedicação. Recorreu ao SU por dor e distensão abdominal. Objetivamente com abdómen distendido e doloroso, com RX abdominal a evidenciar uma dilatação cólica exuberante, com níveis hidroaéreos. Tomografia computadorizada abdominal excluiu obstrução mecânica. Analiticamente a destacar hipocaliemia e hiponatremia. Assumido SO, sendo internada sob tratamento conservador (pausa alimentar, sonda nasogástrica em drenagem, correcção de distúrbios iónicos). Após 72 horas, sem melhoria clínica nem imagiológica, foi submetida a descompressão endoscópica com sucesso, no entanto em menos de 24horas sofreu recorrência do quadro. Por agravamento, foi realizada segunda descompressão cólica, com nova recorrência do quadro em menos de 12 horas. Por agravamento da distensão e dor abdominal foi tentado tratamento farmacológico com neostigmina, mas com nova recorrência em 24 horas. Devido ao fracasso dos tratamentos instituidos (conservador, endoscópico e farmacológico) optou-se por reintrodução de pausa alimentar, SNG, incentivos ao exercicio fisico (como caminhar e alternar posição quando em decúbito), e reforço de enemas de limpeza intestinal com melhoria clinica e imagiológica ao 5º dia. Ao 6º dia iniciou introdução progressiva da dieta, sem recorrência do quadro.
Conclusão: A evidência cientifica existente para a gestão do SO é escassa. Se as guidelines Europeias e Americanas concordam na primeira fase de abordagem do SO (tratamento conservador) o mesmo não acontece quando o tratamento conservador falha, não sendo obvia a escolha entre tratamento endoscópico versus farmacológico como segunda opção. Neste caso, a resolução passou pela abordagem não invasiva.

P n.º 0505

Prurido aquagénico - um caso de Policitemia Vera

Eduardo Macedo(1);Maria Miguel Pereira(1);Johanna Viana(1);Raquel Covas(1);Filipa Rodrigues(1);Marta Mendes(1);Ana Rita Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A policitemia vera é uma neoplasia mieloproliferativa crónica que se caracteriza pela proliferação clonal de mielócitos com maturidade morfológica e eficiência hematopoiética variáveis e pela presença de eritrocitose. Em 95 a 100% dos casos associa-se a mutações no gene JAK-2. Atendendo à raridade da doença e à presença de sinais e sintomas que sugerem o diagnóstico, torna-se importante diagnosticar esta entidade para iniciar as medidas terapêuticas adequadas.
Caso Clínico: Homem, 76 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata e bypass cardíaco, foi encaminhado pelo médico assistente à consulta externa de Medicina Interna por rubor facial, prurido e eritrocitose. Apresentava-se com rubor facial e prurido generalizado que agravava com a exposição à água quente. Analiticamente apresentava 18,4 g/dL de hemoglobina com 55% de hematócrito. Ao longo da investigação foram excluídas as causas de eritrocitose secundária e a mutação JAK-2 V617F foi positiva. Apesar da instituição terapêutica com flebotomias para controlo do hematócrito e da sintomatologia, não houve grande melhoria clínica, pelo que se optou por início de terapêutica citorredutora com hidroxiureia. Atualmente o doente é seguido em consulta de Hematologia, apresentando melhoria do prurido e hemoglobina de 10,9 mg/dL e 44% hematócrito.
Discussão: O caso demonstra a importância da clínica como do caminho para o diagnóstico. Tendo em conta tratar-se de um caso de policitemia vera de alto risco (doente com mais de 60 anos), é importante salientar que os citorredutores são armas terapêuticas a considerar de forma a controlar a doença.

P n.º 0509

Hemorragia Alveolar Difusa - diagnóstico diferencial

Diogo da Costa Oliveira(1);Sérgio Carvalho(1);Catarina Parra(1);Natália Lopes(1);Anabela Santos(1);Fernando Salvador(1);Francisco Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A hemorragia alveolar difusa resulta de uma disrupção da membrana basal alvéolo-capilar, que provoca uma acumulação de sangue no interior dos alvéolos. O diagnóstico diferencial no contexto de uma unidade intermédios médico-cirúrgica é complexo dado o vasto número de etiologias.
Doente do sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de asma controlada e excesso de peso. A doente foi submtetida a uma hernioplastia bilateral, sem complicações imediatas. No recobro, a doente apresentou-se com hipoxemia de novo. Clinicamente sem sinais de sobrecarga hídrica e dado o agravamento da hipoxemia foi transferida para os cuidados intermédicos. A radiografia tórax apresentava um infiltrado intersticial difuso bilateralmente e na tomografia computorizada: extensas opacidades em vidro despolido bilateralmente, com impactação distal. Na broncofibroscopia, evidenciava-se secreções hemáticas por toda a árvore brônquica. O estudo autoimune e pesquisa de drogas era negativo; plaquetas, estudo da coagulação e função renal normal; sem evidência de infeção com LBA amicrobiano e SARS-CoV2 negativa.
A hemorragia alveolar disfusa carateriza-se pela tríade: infiltrado pulmonar bilateral, queda hemoglobina e hipoxemia. Existem inúmeras causas, incluindo fármacos, infeção, doenças autoimunes, entre outras. Ao considerar o diagnóstico de edema pulmonar perioperatório de início agudo, tanto as causas cardíacas quanto as não cardíacas devem ser consideração. O edema pulmonar por pressão negativa (EPPN), é uma entidade bem definida, mas pouco diagnosticada. A pressão gerada transmitida aos capilares supera a pressão de equilíbrio hidrostático, e tem como consequencia o extravasamento de líquido para o parênquima pulmonar e alvéolos. Entre os fatores de risco estão doentes obesos ou a presença de um fator extrínseco com obstrução da via aérea. O EPPN é normalmente transitório e autolimitado mas pode ser necessário um suporte respiratório invasivo.
Neste caso, o estudo analitico extenso não relevou alterações e dado a relação temporal com a cirurgia, a hemorragia alveolar difusa foi assumida em contexto de EPPN associada a extubação ou numa capilarite associado ao sevoflurano. A doente necessitou suporte com oxigenioterapia de alto fluxo e fez pulsos de metilprednisolona, com evolução favorável e teve alta hospitalar ao 14º dia.

P n.º 0510

Infeção Parvovírus B19 complicada por bacteriémia por S. pneumoniae

Eduardo Macedo(1);Maria Miguel Pereira(1);Johanna Viana(1);José Miguel Rocha(1);Raquel Covas(1);Filipa Rodrigues(1);Diana Fernandes(1);Marta Mendes(1);Ana Rita Marques(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção por Parvovírus B19 tem um espectro variável de manifestações clínicas, desde os casos assintomáticos até aos que se apresentam com crises aplásticas transitórias. Manifestam-se mais classicamente por eritema infecioso e poliartralgias. Dada a raridade desta entidade é importante identificá-la e instituir o tratamento adequado, que é principalmente sintomático e varia de acordo com as manifestações clínicas.
Caso Clínico: Homem, 65 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e tuberculose pulmonar tratada, recorreu ao serviço de urgência por lesões cutâneas eritematosas e pruriginosas, inicialmente na coxa direita, que progrediram em 3 semanas para a região inguinal, coxa esquerda, calcanhares e membros superiores. Sem história de febre, contacto com animais, contacto sexual de risco ou história de exposição ambiental ou laboral. Apresentava-se com edemas das mãos e rash maculopapular vesicular pruriginoso em diferentes fases de evolução. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios. Radiografia torácica sem alterações relevantes. Ao longo do internamento desenvolveu poliartralgias, tendo sido identificada infeção por Parvovírus B19. Ao 7º dia, por dispneia em agravamento com necessidade de oxigenioterapia suplementar e dor pleurítica, realizou tomografia computorizada torácica que mostrou pneumonia com derrame loculado, tendo sido, posteriormente isolado S. pneumoniae nas hemoculturas. Transferido para unidade de cuidados intermédios, tendo realizado drenagem de derrame parapneumónico e cumprido antibioterapia com ampicilina. À data de alta, orientado para consulta externa de Pneumologia e Medicina Física e Reabilitação.
Discussão: O caso demonstra a complexidade que a infeção por Parvovírus B19 pode adquirir, quer pelas manifestações clínicas causadas pela própria infeção, quer pela interferência com o sistema imunitário dos indivíduos afetados, podendo, como no caso descrito, levar a complicações graves, implicando medidas terapêuticas mais invasivas, bem como atrasos na recuperação e sequelas.

P n.º 0519
A importância da vigilância adequada da preparação intestinal para colonoscopia
Ana Ramoa(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A colonoscopia é uma ferramenta de dignóstico e tratamento de grande valor na atualidade. As soluções de limpeza utilizadas para este fim podem desencadear efeitos adversos que embora geralmente ligeiros, na presença de determinadas circunstâncias podem condicionar um distúrbio hidroeletrolítico grave. O uso de soluções osmoticamente ativas estão associadas à secreção excessiva de hormona antidiurética pela baixa proporção de solutos na dieta e excessiva e rápida ingestão de líquidos. A vigilância de sintomas após preparação intestinal para realização de estudos endoscópicos deve ser comunicada aos doentes para evitar quadros clínicos graves.
Doente de 68 anos, do sexo feminino, autónoma, com antecedentes de doença renal crónica, patologia depressiva medicada com antidepressivos tricíclicos e anemia microcítica hipocrómica ferropénica em estudo. Recorreu ao serviço de urgência por vómitos incoercíveis e episódio de crise convulsiva inaugural tónico clónica com traumatismo crânio-encefálico associado, presenciada. Do estudo complementar realizado identificou-se na tomografia computadorizada de crânio uma lesão encefaloclástica recente, de provável natureza traumática, interessando o parênquima corticossubcortical temporal lateral à esquerda, não conhecida até então, e no estudo analítico uma hiponatrémia grave (Na+ 117 mmol/L). Ficou internada para estudo etiológico e tratamento adequado. Após realização de história clínica detalhada a doente referiu ter realizado preparação intestinal com ingestão de 6L de água com solução à base de picossulfato de sódio e citrato de magnésio, assumindo-se hiponatremia hipovolémica no contexto de preparação intestinal. Iniciou tratamento com fluidoterapia com cloreto de sódio a 0.9%, com melhoria clínica e analítica acentuadas.
Doentes com idade superior a 65 anos, com determinadas comorbilidades como insuficiência cardíaca e/ou doença renal crónica ou medicados cronicamente com antidepressivos tricíclicos, diuréticos tiazídicos, beta-bloqueadores ou inibidores da enzima conversora de angiotensina tem um risco aumentado de hiponatremia associada a soluções de prepação intestinal à base de picossulfato de sódio, devendo nestes casos, serem utilizadas soluções de polietilenoglicol por serem consideradas mais seguras.

P n.º 0520

Infeção a Rickettsia conorii Como Causa de Choque

Dra. Mafalda Vasconcelos(1);Ana Órfão(1);Ana Gonçalves(1);Carlos Pereira(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A infeção a Rickettsia conorii, agente etiológico da febre escaronodular, é particularmente prevalente em países mediterrânicos, podendo ter complicações graves.
Caso clínico:
Homem, 53 anos, guardador de vacas, com história de etilismo ativo (40g álcool/dia). Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal epigástrica com irradiação ao dorso e vómitos com dois dias de evolução, sem febre ou lesões cutâneas. À admissão, apresentava-se: desidratado, ictérico, apirético; TA 91/56 mmHg, FC 127 bpm em ritmo de fibrilhação auricular; sem sopros cardíacos; dor à palpação epigástrica, sem defesa ou Murphy vesicular. Analiticamente, elevação dos parâmetros de retenção azotada, colestase com hiperbilirrubinemia à custa da conjugada, amilase e lipase normais, proteína C reativa 3 mg/dL. Ecografia abdominal sem litíase ou ectasia das vias biliares, fígado com sinais de doença crónica. Durante a permanência no SU, apresentou evolução para choque com disfunção cardiovascular, renal e hepática, tendo sido admitido no Serviço de Medicina Intensiva. Iniciou ceftrixone e doxiciclina por suspeita de zoonose. Realizou ecocardiograma transtorácico, que revelou dilatação grave do ventículo esquerdo e função sistólica global gravemente deprimida, com acinésia do ápex e paredes septal e inferior e hipocinésia das restantes paredes. Realizou fluidoterapia, suporte inotrópico e vasopressor, com melhoria hemodinâmica e normalização da função renal. Do estudo da doença hepática crónica, serologias virais e auto-imunidade negativas, alfa-1-antitripsina e ceruloplasmina normais, hiperferritinemia em contexto inflamatório, pelo que foi admitida etiologia etanólica. Coronariografia excluiu lesões coronárias, tendo iniciado terapêutica dirigida à insuficiência cardíaca. Do estudo infeccioso, positividade da serologia da Rickettsia conorii (IgM+/IgG+), admitindo-se Rickettsiose como fator descompensador do choque. O doente cumpriu 7 dias de antibioterapia, com evolução favorável.
Discussão:
Destaca-se a gravidade do quadro de Rickettsiose, com evolução para choque em doente com miocardiopatia dilatada.

P n.º 0525
Encefalite Límbica
Miguel Carrilho(1);Mariana Belo Nobre(1);Madalena Costa Santos(1);Bárbara Queiroz(1);Ryan Costa Silva(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A encefalite límbica refere-se a um processo inflamatório das estruturas límbicas, embora frequentemente os achados clínicos, patológicos ou imagiológicos não se restrinjam a este sistema. É considerada uma síndroma paraneoplásica clássica, no entanto, é também a principal manifestação da vários síndromas de encefalites autoimunes que ocorrem sem neoplasia associada.
Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino, 64 anos de idade, com antecedentes pessoais de penfigoide bolhoso com estudo etiológico até à data de internamento sem evidência de neoplasia, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidade mórbida, doença bipolar, histerectomizada aos 35 anos de idade, com consequente menopausa precoce. A doente foi levada ao serviço de urgência (SU) por agravamento de quadro de lentificação psicomotora e desorientação temporo-espacial após queda no domicílio. Ao exame objectivo apresentava disartria, apagamento do sulco nasogeniano à direita e diminuição da força nos membros inferiores, sem aparentes sinais meníngeos. Realizou TC-CE onde não foram identificadas “alterações densitométricas do parênquima encefálico sugestivas de lesões vasculares isquémicas recentes (…), alterações endocranianas sugestivas de lesões expansivas (…) hiperdensidades espontâneas dos espaços de circulação de líquor sugestivas de focos hemáticos recentes (…) ou sinais de hidrocefalia.”
Durante o internamento, a doente realizou punção lombar (PL), EEG e RM-CE e, atendendo ao duvidoso hipersinal nos hipocampos, atrofia insular e frontal na RM-CE e PL sem pleiocitose, foi admitida como hipótese mais provável síndrome confusional em doente com demência frontotemporal inicial e/ou encefalite límbica. Assim, optou-se por realizar prova terapêutica com corticoterapia em alta dose - pulsos de metilprednisolona 1g durante 5 dias – tendo-se observado marcada melhoria do quadro. A doente teve alta com alguma desorientação temporal, no entanto com marcha autónoma e capaz de alguns auto-cuidados.
Destaca-se, com este caso, a importância do diagnóstico diferencial com outras patologias do sistema nervoso central, por forma a instituir terapêutica imunossupressora e ressecção tumoral, quando aplicável, e assim prevenir a progressão da deteriorização neurológica.

P n.º 0528

O défice vitamínico em falta - um caso de anemia perniciosa

Joana Marques(1);Ana Brochado(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Rita Féria(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A anemia perniciosa é responsável por um défice de vitamina B12 associado a uma destruição autoimune das células parietais gástricas (as quais são responsáveis pela produção do fator intrínseco o qual se liga à vitamina para a permitir a sua absorção).

Caso clínico
Homem, 29 anos, sem antecedentes, sem consumo de tabaco, álcool ou tóxicos, sem viagens recentes ou consumo de novos fármacos.
Recorreu ao SU por astenia e cansaço desde há 2 meses e perda de peso de 6kg. 5 dias antes com cansaço marcado, palpitações, intolerância a esforços e tonturas.
Objetivamente a destacar a palidez, hidratado, anictérico, eupneico, abdómen mole, indolor, sem massas ou hepatoesplenomegalia. Sem adenopatias palpáveis. Sem lesões cutâneas.
Analiticamente: anemia macrocítica (Hb 5.9g/dL, VGM 105fL), leucopénia (3940/mm3), trombocitopénia (78000/mm3), com hemólise (LDH > 5000UI/L, haptoglobina <8mg/dL, muitos esquizócitos no esfregaço, mas bilirrubina total 1.43mg/dL), reticulócitos 0.8%. Teste de Coombs negativo. Sem défice de vitamina B12 (244, para VR 211ng/L), ferro nem ácido fólico. Anticorpo anti-fator intrínseco elevado (186UA/mL). Serologias EBV, CMV, Parvovírus negativas. G6PD normal. ANA, ANCA negativo.
O mielograma compatível com anemia megaloblástica (série eritroide muito aumentada, desvio esquerdo da curva maturativa; série mieloide com raros bastonetes gigantes e raros neutrófilos hipersegmentados). Ausência de depósitos de ferro.
TC toraco-abdomino-pélvica normal. Endoscopia digestiva alta mostrou um estômago com mucosa com aspeto atrófico marcado.
Admitido o diagnóstico de anemia perniciosa, apesar de doseamento de vitamina B12 normal.
Iniciou suplementação parentérica com cianocobolamina e óxido férrico com excelente resposta, com hiperreticulocitose (19.4%) e correção da pancitopenia ao final de 2 meses.

Discussão
São muito raros os casos descritos na literatura de doentes com anemia perniciosa associado a doseamento de vitamina B12 normal. Possivelmente, o elevado título de anticorpos anti-factor intrínseco interfere com a análise para o doseamento vitaminico gerando um valor falsamente positivo. O relato destes casos é fundamental para alertar para esta situação, no sentido de prosseguir a marcha diagnóstica se existir suspeita clínica mesmo perante um doseamento normal.

P n.º 0529

AVC isquémico – o ponto de partida para a doença hematológica

Joana Marques(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Filipa Nunes(1);Ana Grilo(1);Sónia Passô(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

A trombocitose essencial é uma síndrome mielodisplásica e é uma causa rara de acidente vascular cerebral. Além do número de plaquetas também a sua disfunção pode estar na origem do AVC em doentes com trombocitose.
Caso clínico:
Homem 65 anos com história de tabagismo no passado (10 UMA) e etilismo cronico foi admitido no SU por alteração súbita da linguagem com defeito de nomeação com duração de alguns minutos e recuperação total seguida de reinstalação e dos mesmos sintomas e alexia. À admissão: vigil, orientado, PA 170/90mmHg, tons cardíacos rítmicos, sem sopros. Exame neurológico com hemianopsia homónima direita, afasia fluente com erros na nomeação, parafasias fonémicas ocasionais, sem alterações de pares cranianos, défices de força global ou segmentar, alterações de sensibilidade ou nas provas de coordenação.
Analiticamente: trombocitose 796x10(9)/L com hemoglobina 14,5g/dL, hematócrito 43,5%, sem leucocitose ou alteração da fórmula leucocitária, esfregaço de sangue periférico sem alterações. Sem outras alterações de relevo.
TC crânio sem evidência de enfarte isquémico constituído. RM-Crânio não realizada por claustrofobia. Foi admitindo em internamento com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquémico e iniciou antiagregação com clopidogrel.
Investigação complementar com ecocardiograma, eco doppler dos vasos do pescoço e perfil lipídico sem alterações. Admitida possibilidade de doença hematológica como etiologia para aumento da coagulabilidade sanguínea. Eritropoietina 2,1U/L e pesquisa da mutação V617F da JAK 2 foi positiva. Realizou ainda ecografia abdominal que revelou alterações hepáticas sugestivas de doença hepática crónica e baço ligeiramente globoso (7x13cm).
Em internamento evolução favorável com regressão completa dos défices apresentados à admissão. Referenciado a consulta de hematologia admitindo-se trombocitose essencial.
Conclusões: Relata-se um caso de trombocitose essencial identificada na sequência de diagnóstico de AVC isquémico. A prevalência de AVC atribuída a doença hematológica varia entre 2 e 7%, sendo a trombocitose uma doença mieloproliferativa que apenas raramente se manifesta com AVC com contagens de plaquetas <1000x10(9)/L. Destaca-se portanto a importância de considerar esta etiologia em doentes com AVC que se apresetem com trombocitose.

P n.º 0530

Quando o risco multiplica por 3 - um caso de endocardite multivalvular

Joana Marques(1);Marta Azevedo Fereira(1);Rita Féria(1);Filipa Nunes(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Rita Féria(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A endocardite multivalvular corresponde a 15% das endocardites sendo o envolvimento de 3 ou 4 válvulas ainda mais raro. Associa-se a maior morbimortalidade e possíveis complicações cirúrgicas.

Caso clínico: Mulher, 68 anos, história de estenose aórtica grave submetida a colocação de prótese biológica (há menos de 2 anos), fibrilhação auricular, HTA, dislipidemia e DPOC, com um internamento por pielonefrite aguda a E.coli há menos de 1 mês tratada com 14 dias com antibioterapia dirigida por teste de sensibilidade, regressa ao serviço de urgência por alteração do estado geral, desorientação e confusão a condicionar queda no domicílio.
Ao exame físico destacava-se hemodinamicamente estável, confusa, febril, com sons cardíacos arritmicos e sopro sistólico audível em todo o pré-cordio com irradiação carotídea, sem défices neurológicos focais.
Análises a mostrar elevação de paramentos inflamatórios, trombocitopénia (plaquetas 11000/mm3) e lesão renal aguda. A TC-CE mostrou discreta hemorragia subaracnoideia sulcal que motivou vigilância em UCI, mas com rápida reabsorção. As hemoculturas identificaram E coli multissensivel.
O ecocardiograma evidenciou endocardite da prótese aórtica com abcesso periprotésico roto e vegetações na válvula mitral e tricúspide pelo que foi alterada antibioterapia para terapêutica tripla.
Repetição de ecocardiograma com deiscência de prótese > 70% da circunferência com insuficiência aórtica grave, transferida para cirurgia que foi realizada ao 30º dia de antibioterapia. Realizada a substituição da válvula aórtica por prótese biológica, reconstrução da raiz da aorta e valvuloplastia mitral e tricúspide com pós-operatório complicado de bloqueio aurículo-ventricular completo com colocação de pacemaker.
Exame cultural da válvula negativo. Cumpriu no total 52 dias de antibioterapia.

Conclusão: Apresenta-se um caso de endocardite de 3 válvulas, uma entidade rara e que se associa a maior risco de morbimortalidade e por isso de acrescida importância para o seu reconhecimento. Também é pouco frequente o isolamento de E. coli nesta entidade. A referenciação para cirurgia deve ser precoce e neste caso verificou-se um desfecho favorável.

P n.º 0531
Octreótido na Ascite Quilosa
Sofia Lima(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
A doença hepática alcoólica (DHA), consequência da ingestão excessiva e prolongada de álcool, é um problema de Saúde Pública muito prevalente na população portuguesa. A cirrose hepática, o estado mais avançado da DHA, associa-se a várias complicações, sendo a ascite a mais frequente.
A ascite quilosa é uma forma rara de ascite, caracterizada por um excesso de triglicerídeos no líquido ascítico, que ocorre em menos de 1% dos doentes com cirrose e pode ter múltiplas etiologias.

Caso Clínico: Apresentamos o caso clínico correspondente a um doente do sexo masculino, de 65 anos, com diagnóstico de Doença Hepática Crónica de etiologia alcoólica Child-Pugg B, complicada com varizes esofágicas, hiperesplenismo e hiponatrémia crónica, seguido em consulta externa de Medicina Interna desde 2016, com vários internamentos por hemorragia digestiva alta e peritonite bacteriana espontânea, apesar da abstinência alcoólica de longa data e do cumprimento terapêutico. Recusou transplante hepático. Em Maio/2020, no decurso de uma paracentese evacuadora, é constatada a saída de líquido ascítico de aspecto turvo e leitoso, com um valor de Triglicerídeos 1001mg/dL, compatível com o diagnóstico de ascite quilosa.
Assumida etiologia cirrótica, após exclusão de causas neoplásicas, infecciosas, traumáticas, inflamatórias, entre outras. A 20/5/2021, foi iniciado Octreótido SC a título mensal, com razoável sucesso terapêutico, permitindo a redução da frequência das paracenteses, bem como a diminuição dos valores de Triglicerídeos no líquido ascítico, para um mínimo de 189mg/dL, atingido em Out/21.

Discussão:
A ascite quilosa é uma entidade patológica rara que pode ocorrer secundariamente a causa portal e não portal. Cirrose e neoplasias são as etiologias mais comuns. O tratamento deve ser dirigido à causa. Agentes farmacológicos como o Octreótido, quando associado a medidas dietéticas, contribuem significativamente para a diminuição da necessidade de paracenteses e redução do teor em triglicerídeos do líquido ascítico, melhorando assim a qualidade de vida dos doentes com ascite quilosa.

P n.º 0534

Um caso de Mastocitose Sistémica após reação anafilática a picada de Vespa

Paula Perestrelo(1);Francisca Vasconcelos(2);Ana Isabel Oliveira(3);André Mendes(4);Maria Inês Gonçalves(1);Bruno Ferreira(1);Renato Gonçalves(1);Gonçalo Miranda(1);João Rodrigues(5);Rosa Ballesteros(1);Marisol Guerra(2);Manuel Cunha(2)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (3) Hospital Braga (4) Hospital de Portalegre (5) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Mastocitose sistémica (MS) é uma doença rara onde há acumulação de mastócitos na pele, medula óssea e vísceras. O tratamento passa pelo alivio sintomático, prevenção das reações e alterações hematológicas, e em casos graves citorredução. É apresentado o caso de MS pós reação anafilática a picada de vespa.
Caso clínico: Doente de 38 anos, com antecedente de Sindrome de Wolf-Parkinson-White e dislipidémia exibiu reação anafilática após picada de vespa. Após a picada sentiu de imediato prurido nos pés que rapidamente se generalizou e teve perda de consciência durante 10 minutos.
Apresentou também manifestações respiratórias e contrações musculares que reverteram com adrenalina e corticoterapia. Previamente a este episódio ausencia de história prévia de reação sistémica a picada de himenóptero excepto reação no local de picada de vespa. Foi encaminhado à consulta de imunoalergologia e hematologia. Estudo analítico: triptase 84,1ug/L, Veneno de vespa 0,35 kUA/L (normal <0,35), veneno abelha 0,01kUA/L (normal <0,35). Mielograma 0.1% mastócitos maduros com características fenotípicas anormais (CD2+, CD25+, CD30+) e com expressão de marcadores de atividade celular (CD63+, CD69+, CD203c+). Biopsia óssea com população mastócita em 1-2% da celularidade total, 80% de mastócitos com morfologia fusocelular; com perda parcial de granulação citoplasmática (CD117+; CD25+; CD2+; CD30+). Pelo envolvimento medular doente ficou com o diagnóstico de MS tendo sido proposto para tratamento com omalizumab com dessensibilização ao veneno de vespa.
Discussão: A MS é uma doença facilmente subdiagnosticada quer pela necessidade de elevado grau de suspeição clínica quer pela necessidade de biopsia óssea ou cutânea e pesquisa da mutação KIT. O presente caso relata uma situação que facilmente poderia ter sido rotulado como uma reação anafilática a picada de vespa, mas que pela suspeição clínica foi adequadamente diagnosticado.

P n.º 0535

Síndrome de Wilkie – uma causa rara de obstrução intestinal

Maria José Marques Churro Nunes Pires(1);João Luís Cavaco(1);Ana Coelho Gomes(1);Filipa Tavares(1);Anabela Oliveira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
A si´ndrome de Wilkie, ou síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS) e´ uma causa rara, mas potencialmente fatal de obstruc¸a~o duodenal e resulta da compressa~o da terceira porc¸a~o do duodeno entre a arte´ria mesente´rica superior e a aorta.
A causa mais frequente é a perda ponderal significativa em conseque^ncia de patologias me´dicas (estados consumptivos e si´ndromes de ma´ absorc¸a~o), psicolo´gicas (distu´rbios alimentares) ou ciru´rgicas (populac¸a~o baria´trica), que levam a` deplec¸a~o da gordura peri mesente´rica e retroperitoneal, diminuindo esse a^ngulo. Outras causas são variac¸o~es anato´micas conge´nitas ou adquiridas.
A tomografia computorizada e´ o exame de eleic¸a~o ao fornecer detalhes anato´micos e excluir outras causas de obstruc¸a~o duodenal.
Caso clínico
Homem de 21 anos, sem antecedentes relevantes. Recorre ao serviço de urgência por dor epigástrica pós-prandial com 1 dia de evolução. Referia ainda quadro com 1 ano de evolução de enfartamento po´s-prandial, vo´mitos espora´dicos e perda ponderal de 10Kg, sem melhoria sob analgésicos e procinéticos. Tinha realizado endoscopia digestiva alta, ecografia abdominal e manometria esofa´gica, sem achados relevantes.
No exame objetivo destacava-se baixo peso (IMC: 17.1 kg/ m2), posição antiálgica com anteflexão do tronco, distenção abdominal e dor epigástrica na palpação abdominal. O estudo anali´tico revelou hipocaliémia e a radiografia do abdómen com dilatação gástrica. Neste contexto, realizou TC abdominal que evidenciou distensa~o ga´strica e duodenal ate´ a` terceira porc¸a~o e uma pinc¸a aorto-mesente´rica a condicionar compressa~o da terceira porc¸a~o do duodeno.
Perante evidência clínica e imagiologia sugestiva de SAMS foi encaminhado para Cirurgia Geral, onde aguarda correção cirurgica.
Discussão
A si´ndrome de Wilkie constitui uma forma rara de obstruc¸a~o duodenal, cuja sintomatologia e´ bastante inespeci´fica. O diagno´stico cli´nico exige elevado índice de suspeic¸a~o.
A perda ponderal significativa é a principal causa e está em concordância com o caso clínico apresentado.
Os autores salientam que o diagno´stico da SAMS deve ser considerado sempre que pacientes emagrecidos apresentem um quadro sugestivo de obstruc¸a~o digestiva alta.

P n.º 0545

Hepatite – a importância de valorizar o contexto epidemiológico

Inês S.F. da Silva(1);Ryan Costa Silva(1);Diogo Rosa Ferreira(1);Tânia Vassalo(1);Carlos Freitas(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A febre Q (FQ) é uma zoonose causada por Coxiella burnetii (Cb), mais comum no sexo masculino e rara em Portugal (247 casos em 10 anos). O risco de infeção é superior em quem contacta com animais de quinta. A clínica é inespecífica e pode passar despercebida, principalmente se assintomática. A hepatite pertence ao espetro de manifestações possíveis, correspondendo a 25% dos casos em Portugal.
Caso clínico: Homem, 19 anos, admitido por febre, cefaleia, dor abdominal e vómitos com uma semana de evolução. Antecedentes de artrite idiopática juvenil oligoarticular com uveíte anterior, asma e rinite alérgica. Medicado com metotrexato, ácido fólico e dexametasona ocular. Estudante de gestão equina em escola agrícola (contacto com cavalos, ovelhas, vacas). À observação sem adenopatias, sopro sistólico grau II/VI audível no foco aórtico, sem alterações à auscultação pulmonar ou sinais meníngeos. Analiticamente trombocitopenia 143x10^9/L, PCR 9.67mg/dL, PCT 1.05ng/mL, AST 366U/L, ALT 502U/L, LDH 526U/L, GGT 116, FA 140 U/L. Ecografia abdominal com esplenomegália ligeira. Iniciada antibioterapia com doxiciclina pela hipótese de FQ. Ecocardiograma sem alterações morfológicas ou funcionais. Vírus hepatotrópicos, CMV, EBV, herpes simplex, hemoculturas, coproculturas e autoimunidade negativos, serologia Cb positiva (IgG fase II <1/16, IgM fase II 1/128. Após 2 semanas IgG fase II 1/32, IgM fase II 1/1024). Cumpriu 21 dias de doxiciclina, verificando-se evolução favorável com resolução de sintomas e alterações analíticas. Serologia 3 meses após tratamento: IgG fase I e II 1/64.
Discussão: Dada a inespecificidade de sintomas e raridade em Portugal, o caso salienta a importância de integrar a clínica e contexto epidemiológico de forma a rapidamente considerar e tratar FQ, dado que a serologia não é útil no início da infeção aguda mas sim para confirmação laboratorial.

P n.º 0549

Hemicoreia aguda como apresentação tardia do AVC: um caso clínico

Joana Sousa Varela(1);Joana Correia Lopes(1);Mariana Santiago(1);Mário Amaro(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A hemicoreia aguda tem um espetro amplo de diagnósticos diferenciais. É uma apresentação rara, mas pode ser por vezes o único sinal presente, sendo importante realizar uma correta marcha diagnóstica.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 74 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e tabagismo. Recorreu ao serviço de urgência por movimentos involuntários do hemicorpo direito com 3 dias de evolução. Apresentava também perda ponderal (~10%) em 6 meses não intencional. O exame objectivo evidenciava apenas hemicoreia do hemicorpo direito e ataxia e os exames complementares iniciais (TC Crânio-encefálica e avaliação analítica) eram normais. Assim, justificou-se o internamento para a realização de marcha diagnóstica de hemicoreia. A ressonância magnética CE revelou uma lesão vascular occipital esquerda sequelar no território da artéria cerebral posterior (ACP) e o ecodoppler transcraniano revelou estenose moderada da ACP esquerda (P1). Excluiu-se neoplasia oculta (TC Toraco-Abdomino-Pélvica), patologia autoimune (anticorpos antinucleares), infeção (serologias), patologia tiroideia (anticorpos anti-tiroideus), síndrome paraneoplásico ou infeção SNC (punção lombar e anticorpos anti-CRMP5, anti-Hu, anti-Yo, anti-Ri, anti-NMDA e anti-Caspr2).
Assumiu-se como etiologia mais provável lesão isquémica sequelar do território da ACP, pois a hemicoreia pode desenvolver-se alguns anos após o evento agudo.
Discussão: A etiologia mais comum da hemicoreia é vascular (acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico). É uma apresentação rara do AVC, ocorrendo apenas em 1% dos casos. Pode ter uma manifestação tardia, até 5 anos após o evento isquémico. É necessário excluir causas autoimunes, metabólicas (hiperglicemia e hipertiroidismo), iatrogénicas, síndromes paraneoplásicos e infeções do SNC ou oportunistas.

P n.º 0556

O paradoxo da hipocoagulação e as suas complicações

Ana Magalhães(1);Ana Borges(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

A fibrilhação auricular está associada a um aumento da morbilidade e mortalidade podendo causar Acidente vascular cerebral (AVC) e tromboembolismo pulmonar (TEP). A tromboprofilaxia oral pode ser obtida pela hipocoagulação com antagonistas da vitamina K ou DOACs. As guidelines sublinham a necessidade de hipocoagulação para a prevenção do AVC e TEP em doentes com FA. (1) Os antagonistas da vitamina K foram durante muitos anos a única anticoagulação oral disponível. Ao longo dos anos surgiram os Non-vitamin K Antagonists Oral Anticoagulants (NOACs), dabigatran e inibidores do fator Xa (2,3).
Sexo masculino, 69 anos, recorreu ao SU por dor torácica anterior esquerda que agravava com a inspiração profunda, com irradiação para o hipocôndrio direito associada a náuseas e vómitos. Com episódio anterior de vinda ao SU por queda com hematoma na coxa onde se suspendeu varfarina e iniciou enoxaparina. Com a persistência dos sintomas voltou ao SU, iniciou analgesia e reiniciou varfarina. Antecedentes Pessoais de FA e Doença renal crónica tipo 3. Ao exame objetivo encontrava-se polipneico com crepitações bibasais e tinha um sopro diastólico. Analiticamente tinha leucocitose com neutrofilia, D dímeros de 2423 ng/mL com Lesão renal aguda AKIN 1, com aumento da PCR. Na gasometria apresentava alcalose respiratória. Realizou angioTAC que mostrou esplenomegalia com vários enfartes e pneumonia associada. O ecocardiograma mostrou trombo no apêndice auricular esquerdo sendo excluída a hipótese de endocardite bacteriana. Durante o internamento o doente teve um acidente vascular cerebral iniciando apixabano. De seguida teve várias complicações hemorrágicas (hematúria e epistáxis com repercussão hemodinâmica) necessitando de vários ajustes ficando com enoxaparina com doseamento do factor antiXa. O doente foi referenciado a Cardiotorácica para ser submetido ao encerramento do apêndice auricular.
Neste caso a alteração de anticoagulante num doente com FA permitiu que se formasse um trombo que embolizou para vários locais provocando enfartes renais e esplénicos. Além disso durante o processo a utilização de anticoagulantes provocou complicações hemorrágicas o que nos alerta para o difícil equilíbrio e as complicações que a anticoagulação pode trazer a este tipo de doentes.

P n.º 0557

Paresia de Todd prolongada- um diagnóstico raro

Ricardo Silva Veiga(1);Rui André(1);André Santos(1);Lenea Porto(1);Ana Gomes(1);Ines Mesquita(1);Edite Nascimento(1)
(1) HOSPITAL VISEU

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO
A paresia de Todd corresponde a uma condição rara pós-ictal onde se objetiva alterações neurológicas variadas tais como paralisia/ paresia de um membro ou do hemicorpo, afasia, disartria, alterações visuais ou da consciência, e que caracteristicamente revertem espontâneamente após 24-36 horas. Os autores apresentam um caso raro de paresia de Todd mantida durante 6 dias.

CASO CLÍNICO:
Homem, 57 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, meningite na infância com hipoacusia sequelar, e Diabetes mellitus tipo 2, a cumprir habitualmente lisinopril 20 mg e metformina 700 mg, que recorre ao serviço de urgência por ter apresentado uma episodio de convusão tonico-clonica generalizada (episódio inaugural), no contexto de vomitos e indisposição previas .Ao exame objetivo o doente apresentava-se febril (41ºC) com hemiparesia direita de novo, tendo realizado TC/ AngioTC CE sem achados relevantes. Analiticamente apresentava leucocitose (27.70x10^9/L leucócitos) com neutrofilia (80% 22.2x10^9/L), sem outrasalterações relevantes. O estudo citologico/painel virico de liquido cefalorraquideo foi inocente. Por manter os deficits neurologicos, foi admitido na unidade de AVC , mantendo, durante uma semana os deficits descritos, apesar da resolução do quadro de gastrointestinal e de febre. Realizou RMN CE com hipersinal no hipocampo esquerdo compatóvel com edema pós-critico), e com lentificação bilateral da actividade elética e assimetria interhemisférica no EEG.

CONCLUSÂO
Após resolução da clinica o doente teve alta para domicilio com seguimento em consulta externa de neurologia. Repetiu RMN com resolução das alterações imagiológicas identificadas previamente

DISCUSSÃO:
A paresia de Todd prolongada é um desafio diagnóstico, dada a sua raridade, bem como a clinica muitas vezes altamente sugestiva de acidente vascular cerebral. A eletroencefalografia e a RMN, bem como estudo analiticos e TC são ferramentas muito úteis na abordagem deste tipo de doentes

Bibliografia:
Mastriana J, Pay JL, De Jesus O, et al. Todd Paresis. [Updated 2022 May 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532238/

P n.º 0561

Quando a Sépsis não é o que parece: um caso de Crise Addisoniana

Beatriz Gonçalves(1);Cristiana Sousa(2);Sandra Morais(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O carcinoma cortical da suprarrenal é uma entidade rara. A terapêutica com mitotano induz insuficiência suprarrenal primária, colocando os doentes em risco de desenvolver crises addisonianas em contexto infecioso. Apesar de expectáveis, são poucas as descrições destes eventos, dada a raridade deste tipo de tumor.
Mulher, 27 anos, recorre ao serviço de urgência por mal-estar generalizado, astenia, febre e urina de odor fétido com 2 dias de evolução. Trata-se de uma doente com um carcinoma cortical suprarrenal com metastização hepática e pulmonar – diagnosticado em 2020, submetido a adrenalectomia, nefrectomia, esplenectomia e radioterapia adjuvante, sob mitotano e hidrocortisona. Encontrava-se em dia 20 pós-metastesectomia hepática eletiva, complicada com hemorragia intra-parenquimatosa e sépsis. À admissão encontrava-se prostrada, hipotensa e taquicárdica, com dor abdominal no hipogastro e flanco direito. Do estudo analítico destacavam-se aumento de parâmetros inflamatórios e sumário de urina com leucocitúria. Realizado fluid-challenge, sem melhoria clínica. Dados os antecedentes e a atual terapêutica adrenocorticolítica foi assumida uma crise addisoniana por sépsis de etiologia urinária associada a cuidados de saúde. Após corticoterapia, intensificação de fluidoterapia e introdução de antibioterapia empírica de largo espectro assistiu-se a subida tensional, com melhoria clínica sustentada.
Este caso visa alertar para uma complicação potencialmente mortal inerente ao tratamento de uma doença pouco frequente. É objetivo dos autores relembrar os sinais e sintomas pouco específicos da insuficiência suprarrenal aguda, bem como o potencial para a disfunção cardiovascular ser simplesmente atribuída à sépsis. É de salientar a importância de integrar os antecedentes da doente para elevar o grau de suspeição clínica para esta patologia, de modo a iniciar empiricamente corticoterapia e fluidoterapia vigorosa.

P n.º 0563
Tumefação cervical anterior
Sérgio Antunes Silva(1);Elena Ríos(1);José Manuel Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
A tumefação cervical é uma apresentação comum em todas as idades, podendo corresponder a um processo inflamatório, infecioso ou neoplásico. Devido às várias estruturas presentes no pescoço o diagnóstico diferencial tem de englobar diversas entidades, sendo também importante considerar a idade do paciente

CASO CLÍNICO
Apresentamos o caso de um paciente de 44 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, com hábitos tabágicos estimados em 30 UMAs e consumo de cerca 120g álcool por dia.
Recorreu ao serviço de urgência por queixas de rouquidão com cerca de 1 ano de evolução e agravamento nas 2 semanas anteriores, acompanhado de disfagia para sólidos, períodos de dispneia e rápida evolução de tumefação cervical. Sem perda ponderal ou sudorese noturna durante esse período.
Ao exame físico apresentava tumefação extensa na região cervical anterior (8x6cm), não dolorosa à palpação e sem nodularidades. Sem adenopatias cervicais, axilares ou supraclaviculares.
Analiticamente tinha discreta anemia (Hb 127g/L), leucocitose (11900/mm3) com elevação de PCR (26mg/L). TSH e FT4 dentro dos limites normais bem como beta2-microglobulina.
No início do internamento teve aumento da tumefação, com saída de exsudado purulento e elevação de parâmetros inflamatórios acompanhado de febre levando a suspeita de abcesso cervical pelo que iniciou antibioterapia empírica.
Foi realizada TC cervical que demonstrou formação sólida necrótica abrangendo o pescoço anterior infra-hioideu (78x45mm) com invasão das cartilagens tiróides. Efetuada nasofibrolaringoscopia com evidência de lesões heterogéneas nas cordais vocais, sugestiva de neoplasia da laringe.
Posteriormente paciente foi ao bloco operatório para realização de microlaringoscopia com biópsia, drenagem de tumor necrosado infetado e traqueostomia infra-ístmica.
DISCUSSÃO
Neste caso destaca-se uma neoplasia da laringe num paciente relativamente jovem e com fatores de risco. No entanto existiram alguns elementos que levaram a algumas dúvidas no diagnóstico tais como o rápido desenvolvimento da tumefação bem como a sua provável infeção o que levou a considerar outros diagnósticos como prováveis.

P n.º 0567

Nefrite Intersticial Aguda por Rifampicina

Francisca Azevedo Correia(1);André Valois(1);Paula f. Matias(1);Ester Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças renais

INTRODUÇÃO:
A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma entidade caracterizada por agravamento da função renal e surgimento de infiltrado inflamatório no interstício dos rins. Esta é maioritariamente induzida por fármacos, nomeadamente por terapêutica antibiótica.
CASO CLÍNICO:
Género masculino 70 anos, múltiplos fatores de risco cardiovasculares, doença renal crónica (DRC) estadio 3 de etiologia isquémica e tuberculose geniturinária sob terapêutica de manutenção (rifampicina e etambutol). Apresenta-se com agravamento da função renal (Creatinina 7,2mg/dL, Ureia 192mg/dL), com eosinofilia de 1140/uL e pesquisa de eosinófilos na urina positivos. Sem outras alterações de relevo, nomeadamente sem queixas do foro geniturinário, sem foco infecioso aparente, sem elevação de parâmetros inflamatórios e estudo bacteriológico negativo. Após suspensão de tuberculostáticos e início de fluidoterapia, o doente apresentou melhoria parcial do quadro, sem surgimento de outros sinais ou sintomas, sem outras alterações analíticas / imagiológicas, pelo que se assumiu o diagnóstico de NIA por rifampicina. No entanto, por estagnação da função renal decidido iniciar terapêutica de substituição da função renal, permitindo a reintrodução de esquema antibacilar sem rifampicina.
DISCUSSÃO:
A NIA é uma entidade relativamente frequente na nossa população, nomeadamente em idosos polimedicados. O desenvolvimento desta patologia pode estar associado a variadíssimos agressores, no entanto os fármacos são os mais frequentes. Este caso mostra a importância da ponderação entre o risco e o benefício do uso de determinada terapêutica, bem como a vigilância apertada destes doentes.

P n.º 0569

Pneumonite de Hipersensibilidade em cuidador de pombos

Francisca Azevedo Correia(1);André Valois(1);Rui Pedro Ribeiro(1);Ester Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO:
A pneumonite de hipersensibilidade é uma entidade relativamente comum que resulta de uma resposta imunológica anormal e exagerada a antigénios inalados.
CASO CLÍNICO:
Género masculino 73 anos, hipertenso e dislipidémico, sem outros antecedentes de relevo. Apresenta-se com quadro de insuficiência respiratória hipoxémica (rácio 200mmHg/%) sem outros sinais ou sintomas associados. Do estudo efetuado, analiticamente sem elevação de parâmetros inflamatórios, D-dímeros e péptido natriurético normais, ANAs positivo (1/100 padrão mosqueado), restante estudo imunológico negativo. Imagiologicamente, sem evidência de tromboembolismo pulmonar ou infeção e sem sinais sugestivos de hipertensão pulmonar. Apenas objetivado vidro despolido periférico e espessamento reticular subpleural, interpretado em provável relação com doença pulmonar intersticial previamente desconhecida. Após anamnese detalhada, identificação de exposição recorrente e prolongada a aves, nomeadamente pombos. Sem outras exposições ou fatores de risco. Realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar a mostrar linfocitose intensa (50%) com relação CD4/CD8 elevada e sem crescimentos microbiológicos. Assumido diagnóstico de pneumonite de hipersensibildade e iniciada terapêutica imunossupressora com corticoterapia. O doente apresentou evolução favorável, permitindo desmame progressivo de oxigenioterapia.
DISCUSSÃO:
A quantidade e diversidade de antigénios potencialmente responsáveis pelo desenvolvimento de uma pneumonite de hipersensibilidade mostra como uma história clínica completa é essencial para o seu diagnóstico. Tal como se verificou no caso clínico apresentado.

P n.º 0575

Rabdomiólise secundária a Cetoacidose Diabética – uma complicação rara

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO. A rabdomiólise é considerada uma complicação rara da cetoacidose diabética, sendo a sua fisiopatologia ainda não esclarecida. Fatores como acidose, hiperglicémia e outros distúrbios hidroelectrolíticos, como hipofosfatémia e hipocaliémia, parecem estar relacionados com a elevação sérica de creatinoquinase (CK). Apresentamos o caso de um homem com cetoacidose e rabdomiólise enquanto manifestações inaugurais de diabetes tipo 2.
CASO CLÍNICO. Homem de 69 anos, com antecedentes de doença de Parkinson e demência associada, é trazido ao serviço de urgência por prostração. Refere queixas de polaquiúria, polidipsia e urgência miccional com 1 mês de evolução. Laboratorialmente, apresenta glicémia 1134mg/dL com cetonémia elevada, acidose metabólica com anion gap aumentado, lesão renal aguda KDIGO 3 não-oligúrica com pCreat 3.92mg/dL, hipernatrémia 170mmol/L e rabdomiólise com CK 23.836 U/L; fosfatémia e caliémia normais. Foram excluídos trauma, infeção ou introdução recente de fármacos. Cumpriu terapêutica insulínica e fluidoterapia vigorosa, com resolução da cetoacidose diabética, descida de parâmetros de retenção azotada e normalização de valor de CK.
DISCUSSÃO. As várias causas de rabdomiólise podem ser agrupadas em causas traumáticas, iatrogénicas a fármacos, secundárias a toxinas, exercício físico vigoroso, infeção ou hipertermia. A relação entre complicações agudas das hiperglicémias da diabetes e a rabdomiólise, apesar de documentada, é rara e de etiologia ainda não esclarecida. Considera-se que os distúrbios metabólicos hiperosmolares poderão predispor a lesão muscular. Justificamos a apresentação deste caso como alerta para uma complicação incomum de um distúrbio metabólico frequente, que poderá ser subdiagnosticada.

P n.º 0576

Quando a terapêutica se torna uma ameaça

Ana Ramoa(1);Diana Fernandes(1);Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Marta Mendes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

O hematoma da bainha dos retos é uma entidade clínica rara, presente em menos de 2% de doentes com dor abdominal aguda, e pode resultar em complicações devastadoras. Na maioria dos casos surge após trauma, surgindo raramente como complicação da terapêutica anticoagulante. O tratamento (conservador versus cirúrgico) é controverso.
Doente do sexo feminino de 83 anos, autónoma, com antecedentes médicos de insuficiência cardíaca de etiologia valvular (insuficiência tricúspide severa) com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e fibrilação auricular hipocoagulada. Foi admitida no serviço de Medicina interna por pneumonia adquirida na comunidade a condicionar descompensação da insuficiência cardíaca. Foi instituída terapêutica com antibiótico e diurético apresentando a doente melhoria clínica. No contexto de hipocoagulação com enoxaparina desenvolveu um extenso hematoma a nível abdominal associado a dor intensa. Realizou tomografia axial computorizada que demonstrou um hematoma na região da bainha dos retos que condicionou queda acentuada do valor de hemoglobina (Hb 5,3 g/dL) e instabilidade hemodinâmica, nomeadamente com hipotensão refratária às medidas de ressuscitação volémica realizadas na enfermaria, associado a taquicardia e alteração do estado de consciência. Em exame de imagem de reavaliação o hematoma apresentava maior dimensão, condicionando compressão vesical e do ureter, desencadeando uma lesão renal aguda oligúrica, pelo que foi submetida a drenagem percutânea do hematoma de forma emergente com vista à redução do tamanho e alívio dos sintomas urinários. O hematoma diminui de tamanho nas semanas subsequentes, verificando-se uma melhoria clínica, estabilização hemodinâmica e resolução da lesão renal aguda.
O hematoma da bainha dos retos é uma entidade clínica potencialmente fatal que pode surgir durante o internamento hospitalar e complicar a sua evolução, surge mais frequentemente associado a traumatismo da parede abdominal ou hipocoagulação com enoxaparina, que pode mimetizar uma variedade de patologias intra-abdominais, nomedamente obstrução intestinal, úlcera péptica perfurada, pancreatite, diverticulite, rotura de aneurisma da aorta ou tumor. Desta forma, é importante reconhecê-lo precocemente para melhor gestão do problema.

P n.º 0582

Quando a amiloidose antecede o mieloma

Joana Martins Cabral(1);Nuno Leal(1);Miguel Ângelo Sousa(1);Marta Oliveira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A amiloidose consiste num grupo de doenças que possuem em comum a deposição extracelular de substâncias constituídas principalmente por proteínas do tipo amiloide. A forma mais comum de amiloidose sistémica é a amiloidose de cadeias leves (AL), também denominada amiloidose primária, que se associa ao mieloma múltiplo (MM). Aproximadamente 10-15% dos doentes com MM desenvolvem amiloidose AL clinicamente sintomática; no entanto, o inverso é muito raro. O caso que se apresenta destaca uma apresentação atípica de MM em jovem adulto.
Caso Clínico: Homem de 46 anos recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal com um ano de evolução, astenia e hipercolesterolemia de difícil controlo. Apresentava atingimento renal com proteinúria nefrótica e o ecocardiograma revelou atingimento cardíaco com hipertrofia do ventrículo esquerdo. Evidência de hepatoesplenomegalia e alterações da coagulação. Sem alterações ósseas. A eletroforese das proteínas séricas demonstrou gamopatia monoclonal imunoglobulina G/ Lambda livres e a biópsia de medula óssea evidenciou 15-20% de plasmócitos com CD138. Assumido o diagnóstico de MM, iniciou tratamento com pulsos de Dexametasona e, posteriormente, Ciclofosfamida, Dexametasona e Bortezomib. Internado na Unidade de Cuidados Intensivos duas semanas após início do tratamento com falência multiorgânica, onde viria a falecer menos de dois meses após o diagnóstico.
Discussão: A sintomatologia inespecífica motivou estudo complementar alargado, sendo a deteção de proteinúria de suma importância para direcionar a investigação. Perante o rápido declínio da função renal e alterações na coagulação, optou-se pela não realização de biópsia renal, sendo o diagnóstico estabelecido por biópsia de medula óssea. Salienta-se a apresentação atípica de MM, que importa ter presente para que a avaliação de disfunção de órgão e o tratamento sistémico possam ser realizados com a maior brevidade possível.

P n.º 0586

Glomerulosclerose segmentar e focal primária

João p. Rocha(1);Ana Neves(1);Isabel Camões(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças renais

Introdução: A glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) é causa frequente de síndrome nefrótica, podendo ser primária, secundária, genética ou de etiologia não esclarecida.
Caso clínico: Homem, 70 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, foi admitido no Serviço de Urgência por edemas periféricos, distensão abdominal e edema palpebral há 3 meses. Referia ganho ponderal, poliaquiúria e noctúria. Sem infeções recentes ou novos fármacos. Analiticamente, com creatinina 0.94 mg/dL, hipoproteinemia (46 g/L), hipoalbuminemia (15 g/L) e dislipidemia de novo. Com proteinúria no exame sumário de urina, quantificando-se excreção de 7837mg de proteínas totais em 24h. Sem alterações no hemograma e sem coagulopatia, alterações da função tiroideia ou das provas hepáticas. Foi internado para estudo e tratamento de síndrome nefrótica. Realizou-se ecografia renal, ecocardiograma transtorácico e TC toraco-abdominal, sem alterações. Sem picos monoclonais na eletroforese de proteínas séricas. As serologias de VIH e VHC e estudo imunológico foram negativo (incluindo ANA, anticorpos anti-dsDNA, ANCA, fator reumatóide, anti-ENA e anti-PLA2R). A biópsia renal mostrou achados compatíveis com GESF primária. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia e diurético, com melhoria. Manteve seguimento em consulta de Nefrologia, com redução lenta de corticoterapia e em remissão completa após 6 meses.
Discussão: A integração dos dados clínicos, analíticos e patológicos é fundamental para a abordagem da GESF. A distinção de GESF primária ou secundária estabelece-se, na maioria dos casos, atendendo aos achados clínicos (presença/ausência de síndrome nefrótica e causas secundárias) e achados patológicos (sobretudo por microscopia eletrónica). Além das medidas de suporte (restrição salina, inibidores do eixo renina-angiotensina, diuréticos), a GESF primária trata-se com imunossupressão, em particular glicocorticóides, almejando a remissão completa.

P n.º 0588
Febre e dor lombar, podemos pensar em Espondilodiscite..
Sandra Sepulveda(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Outro

Introdução: A espondilodiscite infecciosa é uma causa rara de lombalgia no adulto, afecta mais o sexo masculino com um ratio de 2:1 a 5:1
Caso: Mulher 65 anos. Reside no domicilio, autónoma
AP: Hernias discais (L1-L2-L3-L4 e L5?) - Artroses e espondilose
MH: Pantoprazol 40 mg Olmesartan 20 mg Diclofenac 100 mg - 2xdia; zilpen; Victan
Doente recorre (27/05) por febre (T máx 41º). fez analises e Rx Tórax, por não ter alterações teve alta, com paracetamol. Teve um pico febril 38º (mas tem feito paracetamol 8/8h e diclofenac 12/12h).
3 dias após voltou Refere queixas álgicas a nível da região lombar e sacroilíaca à direita com irradiação para a nádega direita. Queixa acompanhada de parestesias
Ao exame TA: 123/62 mmhg e FC: 94 bpm Tº 37º Na auscultação ok, lassage + 40º Dor à palpação da região lombar - sacroilíaca à direita, discreta parestesia
Análises agravamento dos PI,leucocitose 22900 com Neutrofilia 90/20300 com PCR 38.3mg/dL VS 87 mm/h Discreto agravamento da função renal cr. 2.21 mg/dl ur 133 mg/dl, Enz hepat. sem alts relevantes. Multiplex Negativo
TAC toráx abdominal sem alterações
Internou-se no serviço de MI por Febre a esclarecer, início Amoxic/Ac Clavulanico
Durante o internamento manteve-se febril 38.5 com agravamento da lombalgia com irradiação para o MID que limita o movimento, não faz levante por dor com diminuição da leucocitose e PCR, VS aumentada VS 89 Hemocultura positiva para Streptococcus Sp multissensível, febre Q, leptospira, ricketsia foram negativos
No dia 09/06 pede-se TC-coluna para despiste de eventual espondilodisciteTC-coluna "Em L3-L4 o espaço intersomático tem altura diminuída na vertente lateral direita, com irregularidades/focos de erosão nas plataformas vertebrais,idenficando-se hipodensidade na vertente lateral direita do disco e espessamento dos tecidos moles pré-vertebrais, aspeto que é suspeito de espondilodiscite.
Foi pedida RM-coluna que confirmo o diagnóstico
Discussão: A pesar de ser uma doença pouco frequente nos adultos e que afecta mais o sexo masculino, devemos ter atenção aos outros sintomas como é o facto de ter uma dor lombar aguda incapacitante acompanhado de febre, a espondolodiscite tem uma evolução insidiosa que dificulta o diagnóstico. Sempre devemos pensar em nosso doente como um todo e pensar em todos os diagnósticos que possam ter relação com a clinica.

P n.º 0593

ASPERGILOSE PULMONAR EM DOENTE COM SINDROME ANTI-SINTETASE E SARCOIDOSE PULMONAR

Ivania Soares(1);Francisco Faustino(1);Ana Mafalda Abrantes(1);Margarida Santos Silva(1);Nuno Dourado Ramalho(1);João Luís Cavaco(1);Ana Alves Cardoso(1);Paula Silva(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO - Sendo o Aspergillus um saprófita das vias respiratórias, a sua infeção depende essencialmente do estado (deficiente) da imunidade do hospedeiro. A aspergilose pulmonar invasiva manifesta-se pela tríade clássica: febre, dor pleurítica e hemoptises. A deteção do antigénio galactomanano de Aspergillus (no soro ou no lavado bronco-alveolar [LBA]), pode ser usada para a presunção da doença, mesmo quando os exames culturais sejam negativos. A sua identificação no LBA tem uma sensibilidade superior à das culturas.
CASO CLÍNICO - Homem de 58 anos, admitido por febre, tosse e dor torácica pleurítica com uma semana de evolução. Antecedentes relevantes de síndrome anti-sintetase e sarcoidose, estando sob micofenolato de mofetil, prednisolona e rituximab. Laboratorialmente, sem leucocitose (6.0 x10^9/L), PCR 8,63 mg/dL, gasometria com insuficiência respiratória parcial ligeira (PaO2 68.4 mmHg); TC tórax com agravamento de lesões micronodulares bilaterais e pneumonia organizativa de novo. Foram equacionadas as hipóteses de pneumonia adquirida na comunidade (hemoculturas e cultura de expectoração negativas), infeção por Pneumocystis jirovecii (sorologia negativa), criptococose (antigénio negativo), tuberculose (IGRA negativo, exame direito e PCR negativos) e aspergilose. Apesar de galactomanano sérico negativo, este antigénio revelou positividade no LBA (0.61). Presumida aspergilose invasiva pulmonar, iniciou voriconazol com evolução clínica/laboratorial e imagiológica favoráveis.
DISCUSSÃO - Ainda que o diagnóstico definitivo de aspergilose invasiva seja estabelecido com isolamento de Aspergillus spp e demonstração de invasão tecidual por hifas, no contexto clínico, imagiológico e analítico adequado, o antigénio galactomanano no LBA ou no soro pode providenciar um diagnóstico presuntivo da doença. O caso que apresentamos é disso exemplo, já que a identificação deste antigénio no LBA possibilitou precocemente a instituição de terapêutica dirigida.

P n.º 0595
Nem todo o frio é inverno
Ana Ramoa(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Quadros clínicos com alteração do estado de consciência e sintomas constituicionais à apresentação tem um vasto leque de diagnósticos diferenciais, e que podem condicionar um evento potencialmente ameaçador de vida.
Doente de 71 anos, autónoma nas atividades de vida diária, com antecedentes patológicos de hipotiroidismo e síndrome depressivo medicadas. Foi trazida ao serviço de urgência por desorientação e dificuldade em articular o discurso associado a astenia, adinamia, apatia e sonolência que condicionou várias quedas no domícilio e obstipação com cerca de uma semana de evolução, de agravamento progressivo. Informação clínica prestada por vizinha que desconhecia a medicação habitual da doente bem como o seu cumprimento. Ao exame físico objetivada hipotermina, bradicardica e hipotensão, sonolência marcada, com discurso imperceptível, edema periorbitário e dos membros inferiores, associado a dor à palpação abdominal de todos os quadrantes. Fez tomografia computorizada de crânio com contraste que despistou evento cerebral agudo. Exame de urina e radiografia do tórax sem alterações. Eletrocardiograma a evidenciar bradicardia sinusal, sem outros achados. Gasimetricamente sem distúrbios ácido base, hidroeletrolíticos, insuficiência respiratória, alterações do lactato ou da glicemia. Pesquisa de SARS-CoV2 negativa. Estudo analítico com elevação de creatinina e ureia, CK e mioglobina, TSH marcadamente aumentada (560) e T4Livre suprimida (0,1). Ficou internada com o diagnóstico de coma mixedematoso precipitado. Iniciou de imediato terapapêutica com levotiroxina endovenosa e glicocorticoides, verificando-se uma recuperação do estado neurológico e do estado hemodinâmico. Quando questionada, referiu suspensão por iniciativa própria da terapêutica com hormona tiroideia no domicílio.
O coma mixedematoso é uma emergência médica associada a uma elevada taxa de mortalidade (30-40%). Atualmente é uma apresentação rara do hipotiroidismo. Ocorre sobretudo em mulheres idosas durante os meses de inverno e no contexto de um fator precipitante agudo. O diagnóstico deve ser suspeitado na presença de alteração do estado de consciência (não necessariamente coma), alteração da termorregulação, sintomas/sinais clínicos de hipotiroidismo.

P n.º 0599

Trombose recorrente na síndrome antifosfolipídica

João p. Rocha(1);Lúcia Ribeiro(1);Ana Neves(1);Susana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome antifosfolipídica (SAF) caracteriza-se por eventos trombóticos arteriais ou venosos de repetição. A prevenção secundária de eventos trombóticos pode ser um desafio nestes casos.
Caso clínico: Homem, 35 anos. História de SAF com tromboses recidivantes – desde 2012 com várias tromboses venosas profundas (TVP) e 2 internamentos por tromboembolismo pulmonar. Hipocoagulado com varfarina e com filtro na veia cava inferior (VCI) desde 2012. História de incumprimento terapêutico, mas com episódios de TVP com INR alvo. Por TVP em abril de 2020, foi suspensa varfarina e inicada enoxaparina. Após 2 semanas, recorre ao Serviço de Urgência por dor e edema dos membros inferiores, obstipação e oligúria. Analiticamente, com elevação de creatina-cínase, sem lesão renal aguda e sem troponina/BNP aumentados. Realizada angiografia por tomografia computadorizada toraco-abdominal, com oclusão do filtro na VCI e sinais de TVP nas veias femorais comuns e superficiais, com extensão às veias ilíacas externas e comuns. Observados sinais de circulação colateral do sistema ázigos, hemi-ázigos e nas veias retroperitoneais. Internado por isquemia
intestinal por oclusão de filtro da VCI para tratamento médico - dada topografia da trombose, sem possibilidade de realização de trombólise. Manteve repouso e drenagem postural, otimizada analgesia e iniciada hipocoagulação com heparina não fracionada em perfusão com posterior início de varfarina (INR alvo 3-4), com melhoria clínica.
Discussão: Em regra, a prevenção secundária de trombose na SAF implica hipocoagulação com varfarina, com INR alvo entre 2-3. Apesar de não estar demonstrado menor risco de recorrência de tromboses com hipocoagulação mais intensa nestes doentes, por presença de tromboses prévias mesmo sob INR alvo e sob enoxaparina, e tendo em conta o potencial desfecho fatal em caso de progressão trombótica, foi considerado neste caso um INR alvo entre 3 e 4, reforçando-se a importância fulcral da adesão terapêutica. Após 6 meses, não foram registados novos eventos trombóticos ou hemorrágicos.

P n.º 0604
Mal de Pott: um caso clínico
André Resendes Sousa(1);Filipa Moleiro(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Joana Alves Luís(1);João Carvalho(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é a doença infecciosa que mais pessoas mata em todo o mundo. A evolução insidiosa e a diversidade de sintomatologia das apresentações extrapulmonares da tuberculose dificultam o seu diagnóstico. O atingimento ósseo representa cerca de 25% das manifestações extrapulmonares.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e tuberculose pulmonar na infância.
Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 4 semanas de evolução de dor lombar bilateral, com irradiação anterior, acompanhada de perda de força dos membros inferiores com compromisso da marcha. Adicionalmente, referiu perda ponderal de cerca de 10 Kg (15% do peso corporal) no ano anterior.
À admissão mobilizava os membros inferiores contra resistência, embora com força diminuída à direita, sem alterações da sensibilidade e com reflexos osteotendinosos diminuídos. Analiticamente destaca-se: leucócitos 8.32 x10(9)/L, proteína C-reactiva 2.61 mg/dL, velocidade de sedimentação de 30 mm/h.
Realizou tomografia do tórax sem alterações do parênquima pulmonar. Posteriormente realizou ressonância magnética da coluna que mostrou um extenso componente abcedado paravertebral e epidural com compressão medular.
Assumindo o diagnóstico de espondilodiscite de D7 e D8, colheu exames culturais que não detectaram qualquer agente e a pesquisa de anticorpos para Brucella foi negativa. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina, porém verificou-se agravamento rápido e marcado dos défices motores dos membros inferiores após 12 dias de antibioterapia. Dado o agravamento da sintomatologia, e após confirmação da manutenção do componente abcedado sob antibioterapia, houve necessidade de intervenção cirúrgica. O exame microbiológico do material colhido intra-operatoriamente não isolou qualquer agente, mas o teste de amplificação de ácidos nucleicos para mycobacterium tuberculosis revelou-se positivo.
Confirmando-se a etiologia tuberculosa da espondilodiscite iniciou terapêutica antibacilar clássica (isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida) e plano de fisioterapia com evolução lenta mas favorável.
Tendo em conta o crescente número de casos de tuberculose, torna-se importante relembrar algumas das manifestações desta doença para que o diagnóstico seja mais precoce.

P n.º 0608

Lost in translation - um caso clínico de encefalopatia de Wernicke-Korsakoff

Ana Sofia Duarte(1);Marta Moreira Silva(1);Sandra Correia(1);Diana Isabel Rocha(1);João Rodrigues(1);Sara Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Rosa Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Wernicke-Korsakoff é a complicação neurológica mais conhecida do défice de tiamina, frequentemente associada a alcoolismo crónico.
Apresenta-se o caso de mulher de 44 anos, natural da Irlanda, autónoma, com hábitos etílicos marcados. Trazida ao Serviço de Urgência por ter sido encontrada desorientada no quarto de hotel, com garrafas de álcool. À admissão, encontrava-se vigil, desorientada no tempo e espaço com discurso incoerente; nomeava corretamente e cumpria ordens; pupilas mióticas, pouco reativas com nistagmo vertical lento associado; sem défices motores, reflexos osteotendinosos presentes e simétricos; tónus preservado; Babinski indiferente bilateralmente; marcha atáxica. Analiticamente, a salientar bilirrubina total 1.64 mg/dL, aspartato aminotransferase 156 U/L, alanina aminotransferase 152 U/L, gama GT 675 U/L[SR2] e pesquisa de etanol negativa. [SR3] Ecografia abdominal[SR4] : hepatomegalia esteatósica (170mm), sem outros achados. Face às alterações do comportamento, realizou angio-tomografia computorizada cerebral que não mostrou alterações relevantes e RMN cerebral que revelou hiperintensidade em T2/FLAIR e talâmica dorsal medial bilateral e dos corpos mamilares, alterações frustes e sem restrição de difusão ou captação de contraste, evocativas de encefalopatia de Wernicke.
Dado contexto, hábitos etílicos e achados da RMN cerebral, assumida encefalopatia de Wernicke-Korsakoff. Iniciou tiamina em dose alta, com resposta parcial, tendo-se mantido desorientada com períodos de confabulação e alucinações visuais e auditivas e até heteroagressividade. Manteve nistagmo vertical e ataxia da marcha.
Assim, é importante pensar na encefalopatia de Wernicke-Korsakoff em doentes com alcoolismo crónico que se apresentam com tríade de encefalopatia, disfunção oculomotora e ataxia da marcha, mesmo na ausência de doença hepática estabelecida. O seu reconhecimento precoce é crucial para início célere do tratamento, para evitar dano neurológico permanente e até morte.

P n.º 0612

Colite por deposição de cristais – uma iatrogenia rara

Catarina Abreu(1);Tatiana Soares Correia(1);Catarina Borges(1);João Luz(1);Sílvia Pereira(1);Francisca Delerue(1);Melanie Ferreira(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A colite por deposição de cristais ocorre associada à toma de polistireno sulfonato de sódio e cálcio, colestiramina e sevelamer. A apresentação clínica é inespecífica e o diagnóstico é realizado pela identificação dos cristais em biópsia da mucosa gastrointestinal.
Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 79 anos, com antecedentes pessoais de duodenopancreatectomia cefálica por adenocarcinoma das vias biliares com recidiva local para tratamento paliativo. Internada por bacteriémia a Escherichia Coli com ponto de partida não identificado, sob antibioterapia com ertapenem. Previamente medicada por diarreia crónica no contexto de cirurgia prévia, que suspendeu aquando do internamento. Por esteatorreia associada a distúrbios hidroeletrolíticos, iniciou terapêutica com colestiramina. Posteriormente desenvolveu dor abdominal em cólica, aumento do número de dejeções líquidas, esverdeadas, urgência e tenesmo. Analiticamente com novo aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada abdominal que identificou densificação da gordura do mesorreto. Iniciou antibioterapia empírica em associação com metronidazol. Colheu coproculturas, pesquisa PCR de toxina de Clostridium Difficile e serologias para CMV que foram negativas. Realizou fibrosigmoidoscopia que documentou mucosa edemaciada, eritematosa e ulcerada. Em biópsia da mucosa gastrointestinal identificada inflamação crónica difusa em atividade com deposição de material cristalóide basofílico compatível com colite ativa por deposição de cristas. Suspendeu colestiramina com melhoria dos sintomas gastrointestinais. Assumiu-se como diagnóstico mais provável protocolite secundária à deposição de cristais de colestiramina.
Importa ter em mente a existência desta entidade nosológica para, perante uma apresentação clínica e avaliação endoscópicas sugestivas, ainda que inespecíficas, em doentes medicados com estes agentes terapêuticos, ponderar a sua suspensão e avaliação da resposta clínica.

P n.º 0617

Pancitopénia secundária a neoplasia linfóide rara - Tricoleucemia

Inês p. Carvalho(1);Sara Silva Santos(1);Daniela Rodrigues(1);Rodrigo Rufino(1);Patricia Malhadas Ferreira(1);Mariana Caetano Coelho(1);Célia Carmo(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
A Tricoleucemia é uma neoplasia linfóide indolente, rara, em que ocorre proliferação de células B com projecções citoplasmáticas características (“hairy cells”) no sangue periférico, medula óssea e baço, causando esplenogália e citopenia na maioria dos doentes.
Caso clínico:
Homem, 49 anos, saudável, observado no serviço de urgência por febre, astenia, tosse e mialgias. À observação, apresentava-se febril, com fervores na base do pulmão direito à auscultação, sem adenomegálias palpáveis.
Analiticamente apresentava pancitopénia (hemoglobina 11.3 g/dL, neutropenia de 1,6x109/L e trombocitopénia de 86 x109/L) e elevação da protreina C reactiva de cerca de 457 mg/L. A tomografia computorizada de tórax revelou consolidação parenquimatosa do lobo inferior direito e esplenomegália.
Após antibioterapia dirigida, manteve pancitopénia, tendo-se excluído causas infeciosas (VIH, Hepatite, infecção por epstein Barr, citomegalovírus e parvovírus), nutricionais (défice ferro, ácifo fólico ou vitamina B12) e auto-imunes. Electroforese de proteínas sem alterações de relevo.
O medulograma e biopsia óssea revelaram medula infiltrada por células da linhagem linfóide, com predomínio do pequeno linfócito maduro com presença de “hairy-cells” e fenótipo CD20 +, CD 11c+,CD103+, CD22+, CD200+, CD10-, CD 5- compatível com tricoleucemia. Pesquisada mutação BRAF que se relevou positiva.
Doente iniciou quimioterapia com Cladribina, com melhoria da pancitopénia e da esplenomegália, mantendo, contudo, aspectos compatíveis com infiltração por tricoleucemia em aspirado medular e biopsia óssea.
Discussão:
A tricoleucemia é uma doença maligna hematológica que se pode apresentar com pancitopénia, alteração esta que pode levar a complicações como hemorragia e aumento do risco de infecção.
Este caso clinico pretende alertar para uma patologia rara, associada a alterações clinicas e analíticas comuns a outras patologias, e para a importância da realização do medulograma para o seu diagnóstico precoce.

P n.º 0618

Endocardite infecciosa com múltiplas embolizações sistémicas

Inês Ladeira Figueiredo(1);Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Luísa Fontes(1)
(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção da superfície endocárdica do coração, mais frequente à esquerda do que à direita.Nos principais fatores de risco encontra-se a presença de próteses valvulares. A EI está associada a complicações relacionadas com a embolização sistémica, trombose local e formação de abcessos que influenciam o prognóstico e alteram o plano terapêutico daí a pertinência do caso exposto.
Caso clínico:Homem, 84 anos, com cardiopatia valvular e prótese biológica aórtica.Recorreu à urgência por febre e edema dos membros inferiores com 2 semanas de evolução.Ao exame físico era audível sopro holossistólico, fervores crepitantes e edema dos membros inferiores. Analiticamente com anemia e NT-pro-BNP 11177pg/mL. No ecocardiograma transtorácico com função sistólica preservada e gradiente dinâmico na câmara de saída do ventrículo esquerdo.Hemoculturas com isolamento de Enterococcus faecalis multissensível.O ecocardiograma transesofágico(ETE) mostrou espessamento dos folhetos da prótese aórtica, massa filiforme no folheto coronário direito e abcesso. Admitiu-se endocardite infecciosa da prótese com abcesso periprotésico e iniciou antibioterapia. Nas primeiras 24h por desorientação faz RM crâneo-encefálica que revelou 3 lesões sugestivas de embolia séptica.Por dor abdominal súbita realizou angioTC abdómino-pélvica que identificou focos de hipodensidade esplénicos por fenómenos embólicos. Após 3 semanas de antibioterapia apresentou amaurose do olho direito, com oclusão da artéria central da retina, sem indicação para câmara hiperbárica pela condição clínica e tempo de instalação dos sintomas. Por recorrência da febre fez novo ETE com aumento do abcesso e foi programada cirurgia para colocar nova válvula biológica e remover abcesso, que decorreu sem intercorrências.
Conclusão:Na EI as complicações cardíacas surgem em 50% dos doentes, as neurológicas (êmbolos sépticos) em 40% e êmbolos sépticos esplénicos, retinianos, entre outros em 25%, sendo mais frequentes em caso de vegetações maiores, idade avançada, diabéticos, com fibrilhação auricular e infeção por Staphylococcus aureus. Neste caso temos múltiplas embolizações sépticas em doente com infecção por Enterococcus faecalis, idoso com múltiplas comorbilidades e um desfecho positivo após cirurgia.

P n.º 0619

A pancitopenia num doente jovem – uma causa rara

Catarina Abreu(1);Tatiana Soares Correia(1);Catarina Borges(1);Sílvia Pereira(1);Francisca Delerue(1);Melanie Ferreira(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças hematológicas

A pancitopenia corresponde a uma diminuição nas três linhagens celulares. Pode estar associada a múltiplas causas, sendo algumas delas graves carecendo de tratamento urgente. A sua etiologia assenta em 3 mecanismos: a infiltração da medula óssea (MO), a falência da MO de causa nutricional, imune ou infeciosa e a destruição dos elementos figurados do sangue.
Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, de 48 anos, natural do Brasil. Sem antecedentes pessoais de relevo. Desde setembro de 2021 com anorexia, fadiga e perda ponderal que não sabe quantificar. Em novembro de 2021 inicia mialgias e agravamento da fadiga pelo que recorreu ao seu médico assistente. Realizou estudo analítico onde foi documentada hemoglobina 7,8 g/dL pelo que foi encaminhado ao serviço de urgência (SU). Ao exame objetivo à admissão no SU encontrava-se hemodinamicamente estável com palidez da pele e mucosas. Analiticamente com hemoglobina de 6,8 g/dL, volume globular médio (VGM) de 119, plaquetas 146x109 e leucócitos 4,0x109. Realizou transfusão de 1 unidade de concentrado eritrocitário e foi internado para estudo de anemia macrocítica. Durante o internamento desenvolveu trombocitopenia e leucopenia. Analiticamente com um índice reticulocitário de 3,2%, ácido fólico de 3,7 ng/mL e vitamina B12 de 52 pg/mL. Foram pedidos anticorpos anti-células parietais que foram positivos confirmando o diagnóstico de pancitopenia por anemia perniciosa. Iniciou suplementação com ácido fólico e vitamina B12 com normalização dos valores hematológicos.
A anemia perniciosa apresenta-se com anemia megaloblástica por défice de fator intrínseco e consequentemente de vitamina B12. Contudo, por eritropoiese ineficaz, pode surgir com pancitopenia. Pretende-se relembrar a importância de uma adequada escalada diagnóstica evitando a realização desnecessária de exames complementares de diagnóstico invasivos e permitindo o diagnóstico diferencial das várias etiologias.

P n.º 0621

Síndrome de Sézary: um caso de falência hepática aguda

Luisa Soares Miranda(1);Sandra Salgado Pereira(1);Luísa Serpa Pinto(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Síndrome de Sézary (SS) é um linfoma cutâneo de células T raro e agressivo, caracterizado por eritrodermia, linfoademopatia generalizada e leucemização com circulação periférica de linfócitos atípicos chamados de células de Sézary. SS pode acometer, quando em estádios avançados, fígado, pulmões e trato gastrointestinal, mas é infrequentemente desenvolver falência hepática aguda havendo apenas um caso reportado na literatura disponível.
Caso Clínico: Mulher de 67 anos, com SS diagnosticado em Junho/2020, inicialmente com resposta à quimioterapia. Sob fotoferese extracorporal desde Maio/2021, em remissão clínica. Citometria de sangue periférico 3 meses antes com células de Sézary a representarem 99% dos linfócitos T sanguíneos. Administração de vacina COVID-19 10 dias antes, com toma de paracetamol (3g/dia). Internada por icterícia, bilirrubina total 18.5mg/dL, bilirrubina direta 13.16mg/dL, AST 1334U/L, ALT1205U/L, sem coagulopatia ou hipoalbuminémia. Iniciou protocolo com N-acetilcisteina. Agravamento do quadro com coagulopatia e encefalopatia, aliado ao aparecimento de prurido e eritrodermia difusa. Excluídas causas víricas, autoimunes e tóxicas. Realizada biópsia hepática que revelou atingimento hepático do SS. De novo, com tosse e dispneia, com TC tórax a documentar envolvimento pulmonar provável pelo linfoma.
Durante internamento, endocardite bacteriana por Staphylococcus aureus meticilino-sensível, com vegetação válvula aórtica de grandes dimensões, com embolização cerebral múltipla e transformação hemorrágica, a evoluir para coma com desfecho fatal.
Discussão: O SS representa cerca de 5% dos casos de linfomas cutâneos T. Apesar do envolvimento hepático estar descrito na literatura, é raro, principalmente quando o doente se encontra em remissão cutânea da doença. Até à data, a falência hepática aguda só foi documentada em mais um caso clínico, sendo uma etiologia a considerar nestes doentes.

P n.º 0624

Choque sético por Raoultella ornithinolytica com infeção hepatobiliar

CARINA ISABEL DIAS SOUSA(1);Diana Ferreira(1);António Aragão(1);Rui Pina(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Raoultella ornithinolytica (RO) é um bacilo Gram negativo pertencente à família das Enterobacteriaceae. A RO está associada a diversos tipos de infeções, nomeadamente, hepatobiliares e bacteriémia. Recentemente um estudo associou a sua identificação à presença de neoplasias.
Caso clínico: Homem, 89 anos, admitido por alteração do estado de consciência, febre, dor abdominal (quadrante superior direito) com horas de evolução. Os antecedentes pessoais incluiam hipertensão arterial, hiperplasia benigna da próstata, dislipidémia e colecistectomia. Ao exame objetivo apresentava-se em choque (pressão arterial 69/31mmHg após fluid challange e lactatos de 4.8mmol/L), em anúria e desorientado. Identificado choque (assumido sético por colangite) iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e suporte aminérgico, enquanto progredia o estudo etiológico. Analiticamente creatinina 2.88mg/dL com valor de referência (VR) 0.72-1.18mg/dL, bilirrubina total 5.1mg/dL (VR 0.2-1.2mg/dL), aspartato aminotransferase 645U/L (VR <35U/L), alanina aminotransferase 751 (VR <45U/L), fosfatase alcalina 172U/L (VR 30-120U/L), gama glutamil transferase 378U/L (VR < 55U/L), proteína C-reativa 8.78mg/dL (VR <0.50mg/dL), leucócitos 26.8x109/L (VR 3.6-10.5x109/L), plaquetas 92x109/L (VR 140-385x10^9/L) e antigénio específico da próstata 28.4ng/mL (VR <4ng/mL). Ecografia abdominal sem alterações. Melhoria clínica e laboratorial com posterior isolamento em hemocultura de RO multissensível. Neste contexto e considerando valor de PSA foi realizado toque rectal com identificação de próstata endurecida, indolor e irregular, aguardando confirmação neoplasia associada.
Discussão: A prevalência de infeções por RO é baixa, cursando frequentemente com apresentações clínicas como a do caso clínico. É particularmente relevante a sua identificação pela associação a carcinomas concomitantes que deve conduzir a um estudo complementar paralelo.

P n.º 0629

Massa retroperitoneal como primeira manifestação de linfoma folicular

Carlota Garcia Sobral(1);Joana Rodrigues Dos Santos(1);Diogo Cruz(1);Ana Vieira Dos Santos(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças hematológicas

O linfoma folicular é a segunda causa mais comum de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) e o mais comum dos linfomas indolentes, com uma idade média de apresentação de 65 anos. Apresenta-se habitualmente com adenopatias a nível cervical, axilar, inguinal e femoral, tendo uma evolução indolente pautada por períodos de regressão alternados com períodos de progressão ao longo do tempo. A apresentação clínica do linfoma folicular com sintomas B é incomum e o envolvimento retroperitoneal é raro.
Apresenta-se o caso de um linfoma folicular com localização anatómica rara e sintomatologia incomum. Doente do sexo feminino, 60 anos, com dor abdominal na fossa ilíaca direita, com irradiação aos quadrantes inferiores e picos febris esporádicos. Dos exames complementares destaca-se: avaliação analítica a ressalvar Hb 12,50 g/dl, sem leucocitose, PCR 4,39 mg/dl, LDH 585 UI/L, VS 64 mm/h, sem outras alterações relevantes; TAC abdómino-pélvica com volumosa formação nodular em localização interaortocava, heterogénea, associada a adenopatias mesentéricas celíacas e retroperitoneais; PET da qual se concluiu processo neoformativo prevascular a nível abdominal, retroperitoneal, com centro necrótico. Pela necessidade de diagnóstico histológico foi realizada biópsia, com diagnóstico de linfoma folicular difuso. Apresenta-se este caso pela raridade da apresentação de linfoma folicular com sintomas B e pelo envolvimento atípico (a nível retroperitoneal). Esta apresentação clínica atípica, associada a uma dificuldade importante na colheita de material biológico para histologia pelo envolvimento exclusivo retroperitoneal, são fatores que condicionam uma significativa dificuldade diagnóstica. A doente foi encaminhada para seguimento em consulta de hematologia, encontrando-se sob terapêutica com R-CHOP com boa evolução até ao momento.

P n.º 0639

Neutropenia febril após terapêutica com metamizol: uma causa rara e um diagnóstico desafiante

Teresa Valido(1);Carolina Chumbo(1);Filipa Figueiredo(1);Marta Rocha(1);Catarina Roquete(1);Sara Furtado(1);Carolina Monteiro(1);Martim Bastos(1);Teresa Cruz(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças hematológicas

O metamizol é um fármaco largamente utilizado como analgésico, antipirético e espasmolítico. A agranulocitose é um efeito secundário raro, com incidência de 0.6-1.4 por milhão por ano. A fisiopatologia não se encontra estabelecida mas parece estar relacionado com resposta imunitária. A agranulocitose parece não ser dependente da dose, idade ou duração do tratamento e surge em média 13 dias após o tratamento.
Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 32 anos, caucasiana, internada por neutropenia febril, com quadro de odinofagia, mialgias, cansaço, mal-estar, febre e calafrios. Tinha história pregressa de psoríase, atualmente sem terapêutica sistémica sob fototerapia. Analiticamente leucócitos 0.8x109/L, 0 neutrófilos, eosinófilos e basófilos, 0.2x109 monócitos e 0.6x109 linfócitos, sem outras citopenias; proteína c-reativa 12.57 mg/dL e procalcitonina 0.08 ng/dL; o esfregaço de sangue periférico revelou linfócitos com citoplasma hiperbasófilo e blastos < 2%. Do estudo etiológico, serologias EBV, CMV, Herpes Vírus Simplex I/II, Hepatites e Parvovirus B19 negativas; autoimunidade negativa; não foi identificada história compatível com quadro consumptivo, e o restante estudo analítico não revelou alterações. Foi feita uma administração de filgrastim por manter febre e neutropenia grave, com recuperação das contagens leucocitárias após 3 dias. Cumpriu ciclo de 7 dias com piperacilina/tazobactam, sem isolamento de agente nas culturas e com melhoria clínica.
Apurou-se que a doente teria cumprido terapêutica com metamizol durante 5 dias por dor muscular, duas semanas antes do internamento. Após exclusão de causa infecciosa, autoimune e neoplásica, foi assumida agranulocitose ao metamizol. A doente manteve seguimento em consulta de Medicina Interna, com manutenção de valores normais de leucócitos após um mês.
Apresentamos este caso por ser uma causa rara de neutropenia na prática clínica, e que constitui um desafio diagnóstico e de gestão do doente.

P n.º 0640

Síndrome de Miller Fisher após infeção por SARS-CoV 2 - causalidade ou casualidade?

Adriana Luísa Costa(1);Ana Vitória Soares(1);Miguel Ângelo Neto(1);Francisca Azevedo Correia(1);Ana Lourenço Jardim(1);Vanessa Meireles Chaves(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução
A Síndrome de Miller Fisher é uma variante da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), uma polirradiculopatia imunomediada, geralmente em resposta a uma infeção prévia. Já foram descritos vários casos de SGB pós infeção por SARS-CoV 2, ainda sem um mecanismo de relação direta estabelecido.
Caso clínico
Mulher, 56 anos, com infeção por SARS-Cov 2 há 1 mês. Recorre ao serviço de urgência por noção de desequilíbrio com 3 dias de evolução, associado a cefaleia occipital e vómitos. Ao exame neurológico a realçar marcha atáxica. Realizou TAC cerebral que evidenciou enfarte lacunar na região da cápsula externa esquerda e foi internada com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Realizou estudo etiológico do AVC, que não evidenciou estenose de grande vaso nem causa embólica. Por persistência da sintomatologia foi observada por Otorrinolaringologia, que excluiu causa periférica. No 4º dia de internamento, surgimento de limitação na abdução do olho esquerdo, com disarto-disfonia moderada, tetraparesia, arreflexia e hipostesia em meia e luva, com atingimento do tronco, quadro clínico sugestivo de Síndrome de Miller Fisher. Realizou punção lombar, sem evidência de células polimorfonucleares ou linfócitos aumentados, mas com dissociação albuminocitológica.
Assim, efetuado o diagnóstico de S. Miller Fisher, tendo a doente iniciado imunoglobulina 30mg/Kg, que cumpriu durante 5 dias. A doente evoluiu favoravelmente, com melhoria paulatina dos défices, sendo orientada para reabilitação à data da alta.
Discussão
Até à data foram reportados 7 casos de síndrome de Miller Fisher associados ao SARS-Cov 2 e parece haver uma relação entre estas duas entidades, cujo mecanismo ainda não foi estabelecido, exigindo mais investigação neste sentido. Este caso realça a necessidade de prestar mais atenção às manifestações neurológicas do SARS-CoV-2.

P n.º 0641

Embolização séptica pulmonar em doente com leucemia linfocítica crónica e bacteriémia a MRSA

Inês Ladeira Figueiredo(1);Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Margarida Antunes(1)
(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:A embolia séptica pulmonar (ESP) foi descrita há 30 anos, quase sempre associada a toxicodependentes, endocardite da válvula tricúspide ou portadores de dispositivos contaminados. Os doentes apresentam febre e múltiplos infiltrados dispersos na radiografia tórax acompanhado de hemoculturas positivas. A pertinência do caso que se segue deve-se à presença desta entidade já por si pouco frequente, ainda mais num doente sem outros fatores de risco a considerar com excepção da imunossupressão causada pela sua leucemia linfocítica crónica (LLC) sob terapêutica activa.
Caso clínico:Homem, 68 anos, com história de LLC com hipogamaglobulinémia marcada e doença controlada sob ibrutinib, realizando ocasionalmente imunoglobulina endovenosa. Recorreu ao hospital de dia por febre e dermite vesiculosa pruriginosa com 3 semanas de evolução. Analiticamente com trombocitopenia de novo, elevação da proteína C reactiva e lesão renal. Colheu exames culturais e iniciou piperacilina/tazobactam e anti-histamínico. Foi diagnosticada dermatose reaccional e acaríase após biópsia cutânea e iniciou permetrina. Após 5 dias de antibiótico com manutenção das queixas, foi isolado Stapylococcus aureus meticilino-resistente (MRSA) nas hemoculturas e urocultura da admissão, pelo que se alterou para vancomicina. Por condensações múltiplas na radiografia fez TC tórax que mostrou múltiplas formações nodular e áreas de condensação subsegmentar bilateral que apresentava aspecto sugestivo de embolização séptica na sequência de bacteriémia a MRSA. Por estes achados fez ecocardiograma transesofágico que excluiu presença de vegetações. Sendo assim e após toda a investigação complementar foi assumido o diagnóstico de bacteriémia a MRSA com provável ponto de partida urinário em doente imunocomprometido, complicado de embolização pulmonar séptica.
Conclusão:Neste caso embora não estejamos perante um doente com os fatores de risco típicos para EPS é de considerar como fator de risco o isolamento de MRSA e o estado de imunossupressão do doente pela sua LLC e terapêutica com ibrutinib. O tratamento desta condição implicou antibioterapia endovenosa de longa duração para controlo da infeção. Manteve seguimento em Hematologia tendo realizado nova TC tórax 1 mês após alta com melhoria franca das alterações imagiológicas.

P n.º 0644

Trombocitopenia severa na grávida, a propósito de um caso

Mara Sousa(1);Catarina Faustino(1);Marta Valentim(1);Catarina Duarte(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introcução: A trombocitopenia (TP) na grávida obriga à exclusão de patologias graves e a sua abordagem torna-se num desafio pelos riscos materno-fetais. Das etiologias, destaque para a trombocitopenia gestacional (TG) e a trombocitopenia imune (PTI), patologias de exclusão, normalmente assintomáticas em casos não graves.
Caso Clínico: Mulher 37 anos, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com nefropatia lúpica classe II sob hidroxicloroquina e SLEDAI=0. Internada às 36 semanas de gestação por plaquetas(P) 90000/microL para estudo etiológico. No internamento a doente manteve-se assintomática e hemodinamicamente estável. Do estudo analítico, persistência de TP após colheita em tubo de citrato, vitamina B12 187ng/L, sem citocolestase, sem alterações da função renal e sumário de urina inocente. Por rápido agravamento da contagem plaquetária é considerada a possibilidade de um flaire do LES, tendo-se optado por iniciar pulsos de metilprednisolona e suplementação B12, sem resposta analítica (P~65000/microL) após 3 tomas. Posteriormente obtivemos anti-DsDNA 16.1UI/mL, C3 129mg/dL, C4 23mg/dL e negatividade para coombs, anticorpos anti-plaquetar, crioglobulinas, imunocomplexos circulantes, HIV, HCV e HBV. Dada a estabilidade da doença autoimune de base e verificando-se na ecografia abdominal esplenomegalia foi avaliada por Hematologia tendo iniciado Inmunoglobulina com vista a obter níveis plaquetários seguros para a indução do parto. À reavaliação persistia com P~86000/microL tendo-se induzido o parto que decorreu sem intercorrências. A reavaliação 10 dias após o parto, verificou-se recuperação da TP (260000micro/L).
Conclusão: Apresentamos um caso de TG com contagem de plaquetas inferiores a 70000/microL, referência para a diferenciar da PTI. Independente da etiologia (neste caso era fundamental descartar um flare do LES), a abordagem é direcionada à exclusão de causas sistémicas graves para garantir a segurança durante a indução do parto.

P n.º 0655

Uma mordedura de gato quase fatal

Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Pasteurella é um bacilococo gram-negativo comensal de animais, nomeadamente cães e gatos. A espécie Pasteurella multocida é a mais prevalente associada a infeções em humanos transmitidas através da mordedura ou arranhadura destes animais. Em todo o mundo, estima-se cerca de 10 a 20 mortes/ano associadas à mordedura de animais. Cerca de 50% das complicações infeciosas ocorrem relacionadas com a mordedura de gato.
Caso clínico: Mulher de 70 anos, com diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença renal crónica terminal, é admitida no serviço de urgência por hipotensão durante sessão de hemodiálise. Ao exame objetivo, constata-se hipotensão, polipneia, taquicardia, febre e sinais inflamatórios do terço inferior do membro inferior (MI) direito. Assumida sépsis com ponto de partida em celulite do MI, foram colhidas hemoculturas, iniciada ressuscitação volémica e antibioterapia empírica com flucloxacilina e vancomicina. Analiticamente, aumento de parâmetros inflamatórios, anemia, trombocitopenia e hiponatremia ligeira. A doente evolui para choque sético com disfunção cardiovascular e hematológica, tendo sido internada em Unidade de Cuidados Intensivos. Após estabilização hemodinâmica, é apurado o contexto epidemiológico, associando-se a celulite do MI a mordedura de gato, pelo que se suspende flucloxacilina e inicia azitromicina. Identificada bacteriemia a Pasteurella multocida, tendo sido excluída endocardite através de ecocardiograma transtorácico. Iniciou-se antibioterapia dirigida com amoxicilina-ácido clavulânico, verificando-se uma evolução favorável do quadro clínico.
Discussão: Este caso é representativo da gravidade da evolução de uma ferida por mordedura de gato, que rapidamente progrediu para choque sético. Acresce a importância da história clínica, contexto epidemiológico, bem como o rastreio sético precoce que se demonstraram determinantes para o desfecho favorável deste caso.

P n.º 0656

Sinovite Simétrica Seronegativa Remitente com Edema (RS3PE): uma apresentação atípica

Catarina Faustino(1);Mara Sousa(1);Rita Gaspar(1);Marta Valentim(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A RS3PE é uma condição rara, caracterizada por um início abrupto de tenossinovite simétrica das mãos ou pés com edema godet positivo, com resposta sustentada à corticoterapia (CT). Descrita a associação com várias neoplasias, nestes casos com resolução apenas após terapêutica dirigida.
Caso Clínico: Mulher, 71 anos. Antecedentes de carcinoma de células claras, submetida a nefrectomia esquerda, com consequente doença renal crónica estadio IIIB, em remissão. Admitida para estudo em internamento por tosse não produtiva, dispneia para pequenos esforços e dor pleurítica bilateral. Diagnosticada com pericardite aguda associada a derrame pleural bilateral e pericárdico de moderado volume, de etiologia indeterminada, com melhoria clínica após introdução de CT em esquema de desmame rápido e colchicina. Iniciou 2 meses após a alta, quadro de artralgias de características inflamatórias das articulações proximais das mãos, punhos, cotovelos e ombros, associado a síndrome constitucional e agravamento da dispneia, sendo novamente readmitida. À avaliação destacava-se a presença de edema com godet no dorso das mãos e poliartrite das articulações interfalângicas proximais (IFP), metacarpofalângicas (MCF) e punhos bilateralmente. Analiticamente: aumento dos parâmetros inflamatórios e negatividade para autoimunidade. Realizou ressonância magnética que demonstrou edema da gordura subcutânea, sinovite das articulações IFP e MCF à direita, bem como tenossinovite dos tendões flexores dos 4º e 5º dedos bilateralmente. Exclusão de quadro no contexto paraneoplásico (PN) através de estudos endoscópicos, avaliação ginecológica e tomografia por emissão de positrões. Assumida RS3PE após revisão de critérios diagnósticos, numa doente com recidiva após CT. Assim, iniciou-se corticóide, hidroxicloroquina e leflunomida, com rápida resolução do edema das mãos. Após a alta, apresentou reversão completa das queixas na reavaliação em consulta externa.
Discussão: A RS3PE é um diagnóstico de exclusão raro. Dada a possibilidade da sua apresentação ser como um síndrome PN é crucial a pesquisa de neoplasia ativa, durante e após o diagnóstico. Neste caso, pela recidiva pós-CT sem evidência de neoplasia, optou-se por intensificar a imunossupressão, sendo raros os casos descritos onde essa abordagem é adotada.

P n.º 0657

O eritema nodoso e os gatos

Teresa Moitinho de Almeida(1);Carmo Teixeira da Mota(1);Angélica Lopes(1);Madalena Silveira Machado(1);Maria Joana Alvarenga(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A doença da arranhadela do gato é uma causa frequente de linfadenopatia nos jovens, que pode raramente surgir com manifestações oculares, cutâneas, viscerais ou do sistema nervoso central. É maioritariamente causada pela Bartonella henselae e o seu reservatório natural são os gatos sendo transmitida ao ser humano pela arranhadela. Neste trabalho é descrito um caso clínico da doença com uma apresentação atípica, o eritema nodoso.

CASO CLÍNICO
Homem de 24 anos, saudável, que referia aparecimento súbito de uma massa dolorosa no membro superior esquerdo (MSE). Recorreu ao seu médico de família que medicou com flucloxacilina. Cerca de duas semanas depois, mantinha as queixas e notou o surgimento de nódulos escuros nos membros inferiores, razão pela qual decidiu recorrer ao serviço de urgência. Referia contacto com um cão e um gato domésticos. No exame objectivo destacavam-se zonas de alopecia no couro cabeludo, uma massa de cerca de 5cm com edema, rubor e dor à palpação na face interna do MSE e múltiplos nódulos na face anterior dos membros inferiores, congruentes com eritema nodoso. Foi pedida uma biópsia da massa do MSE que mostrou doença granulomatosa. Neste contexto foi pedida a serologia da Bartonella henselae que foi positiva. Cumpriu antibioterapia com claritromicina e foi reavaliado após 1 mês tendo-se constatado melhoria significativa da alopecia assim como a resolução da massa do MSE e do eritema nodoso.

DISCUSSÃO
O diagnóstico de eritema nodoso é linear, no entanto a identificação da sua etiologia é um desafio por ser manifestação de várias patologias. Uma anamnese e observação clínica rigorosas são ferramentas indispensáveis na abordagem destes doentes. No nosso caso, o contexto epidemiológico foi muito importante na marcha diagnóstica, nomeadamente para o pedido de biópsia da massa e consequente pedido de serologia, que levaram ao diagnóstico final.

P n.º 0661

Pericardite purulenta: Complicação rara em doente imunossuprimida

Inês Margarido(1);Beatriz Tallon(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Francisco Laranjeira(1);Rui Costa(1);Natália Marto(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A pericardite purulenta é uma patologia rara normalmente secundária a uma disseminação hematogénea, traumática ou por continuidade anatómica. Tem elevada taxa de mortalidade, sendo o diagnóstico e controlo precoce do foco séptico a base da sua terapêutica.
Caso Clínico:
Mulher de 38 anos, com internamento um mês antes da admissão por quadro de poliartrite seronegativa refratária a prednisolona e metotrexato onde realizou estudo alargado que foi inconclusivo, pelo que teve alta com diagnóstico de síndrome dor regional complexo, sob terapêutica para dor neuropática. Por manter as queixas e ter surgido prostração e febre, foi referenciada à nossa instituição. À observação estava sonolenta e com dificuldade em manter a atenção, hipotensa, taquicárdica, com hipofonia dos sons cardíacos, sinais de má perfusão periférica, edema bilateral membros inferiores e lesões cutâneas nodulares, eritematovioláceas, infracentimétricas nos pés e nas mãos. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios e o ecocardiograma objetivou derrame pericárdico volumoso com repercussão nas cavidades cardíacas direitas, sem vegetações. A pericardiocentese aspirou 600cc de líquido purulento. Manteve-se o dreno pericárdico e iniciou antibioterapia empírica de largo espectro. Nas hemoculturas e no líquido pericárdico isolou-se Staphylococcus aureus meticilina-sensível pelo que se descalou para flucloxacilina que cumpriu por 6 semanas. A ressonância magnética de crânio revelou lesões suspeitas de embolia séptica e surgiu surdez neuro-sensorial do ouvido esquerdo.
Evoluiu com um quadro de miopatia associada a doença crítica com necessidade de fisioterapia prolongada e recuperação parcial da autonomia. Os deficits neurológicos cognitivos recuperaram progressivamente tendo mantido a surdez neuro-sensorial.
Discussão:
Apresenta-se este caso clínico por ser muito grave, com um diagnóstico pouco frequente, de envolvimento multissistémico tendo sido necessária uma abordagem multidisciplinar para a sua resolução.

P n.º 0664
Déficit Proteína S - uma causa de AVC em jovens
FILIPA RODRIGUES(1);Pedro Simões(1);Andreia Diegues(1);Micaela Sousa(1);Ana Teresa Rocha(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) MEDICINA - ULS NORDESTE - CHNE UNIDADE HOSPITALAR BRAGANÇA

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A proteína S é uma proteína dependente da vitamina K com propriedades anticoagulantes e que atua como fator de ativação da proteína C na cascata da coagulação. A deficiência desta proteína é encontrada em cerca de 1.5%-7% dos doentes com trombofilia e habitualmente aparecem antes da 3º década de vida.
Esta trombofilia associa-se a um aumento do risco de tromboembolismo venoso ainda que o seu papel no Acidente Vascular Isquémico (AVC) por oclusão arterial esteja menos estabelecido.

Caso Clínico: Mulher, 44 anos, com Síndrome de Cimitarra como antecedente relevante. Admitida por instalação súbita de alteração de linguagem e déficit motor esquerdo. NIHSS de 10. Tomografia Computorizada de Crânio a relevar trombo na M2 direita. Submetida a fibrinólise com melhoria clínica e transferida para a Unidade de AVC. À admissão na unidade com o seguinte exame neurológico: Vígil. Cumpria ordens simples e complexas. Nomeava bem. Sem anosognosia. Sem alteração dos campos visuais. Discreta assimetria facial à esquerda. Sem défices motores focais aparentes. Marcha autónoma. Sem alteração das sensibilidades.
Durante o internamento com uma boa evolução, com resolução dos déficits na sua totalidade.
Do estudo realizado destacou-se um doseamento de Proteína S de 44% (valores normais de 54%-128%), assumindo-se déficit de Proteína S como causa provável do AVC. A doente iniciou hipocoagulação depois de discussão do caso com a Imunohemoterapia.

Discussão: Menos de 5% dos AVC ocorrem em adultos com menos de 45 anos, mas podem ter consequências dramáticas na qualidade de vida. Da mesma forma, de todas as trombofilias, o déficit de Proteína S é a trombofilia mais frequente e estes estados pró-trombóticos são mais frequentes nos AVC de causa indeterminada, apesar do AVC isquémico ser uma manifestação rara destas condições.
Assim, este caso evidencia que num adulto jovem com um AVC isquémico de causa indeterminada é de extrema importância o screening de condições pró-trombóticas como as trombofilias e deverá fazer parte do estudo do AVC em jovens.

P n.º 0666
Um caso de Tuberculose Ganglionar
Madalena(1);António Eliseu(1);Tathiane Lopes(1);Francisco Morgado(1);Joana Carreira(1);Mário Parreira(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Trata-se de um homem de 57 anos com seguimento pela Cirurgia Plástica por Lipomatose Múltipla. Em Março de 2018 realizou uma TC Abdominal para avaliar a extensão de lipomas a este nível. Este exame evidenciou um nódulo bem definido adjacente à cabeça do pâncreas, com cerca de 32x31mm e sem características de invasão. O doente, nesta altura assintomático, foi encaminhado para consulta de Cirurgia Geral. Analiticamente não apresentava alterações do hemograma, ou elevação dos marcadores tumorais pedidos. As serologias virais foram negativas. Realizou estudo endoscópico alto e baixo sem alterações relevantes. Fez estudo abdominal e pélvico por RMN em Abril de 2018 com visualização de duas adenopatias: uma supra-adjacente à cabeça do pâncreas anteriormente descrita na TC e outra no espaço retro-crural direito que se estendia pelo mediastino, com cerca de 76x44mm de maiores eixos. Fez ecoendoscopia com biópsia da adenopatia abdominal com resultados inconclusivos. Procedeu-se posteriormente a laparotomia mediana para biópsia excisional da adenopatia supra-pancreática. A histologia revelou granulomas não caseosos e uma população linfocitária sugestiva de neoplasia. A pesquisa de micoorganismos infecciosos foi negativa. Por indicação da especialidade de Hematologia realizou medulograma e PET, sem achados patológicos de novo. O doente foi encaminhado para consulta de Medicina Interna, tendo sido observado pela especialidade em Outubro 2018. Negava qualquer sintomatologia, nomeadamente sintomas respiratórios, anorexia, perda de peso, suores noturnos ou febre recorrente. Decidiu-se realizar nova biópsia excisional ganglionar em Maio de 2019 por via de mediastinoscopia. A análise histológica revelou Linfadenite Granulomatosa Necrotizante e o exame cultural foi positivo para Mycobacterium Tuberculosis.
Feito o diagnóstico de Linfadenite Tuberculosa, iniciou-se terapêutica em conformidade e obteve-se resposta radiológica favorável.
A Tuberculose Ganglionar é a forma mais comum de Tuberculose Extra-Pulmonar. É um diagnóstico para o qual os médicos portugueses devem estar sensibilizados tendo em conta a elevada prevalência de Tuberculose em Portugal e o curso indolente e silencioso característico desta entidade.

P n.º 0671

Tosse crónica - um sinal de alarme

INES SOUSA MIRANDA MENDES SILVA(1);Raquel Borrego(1);Marta Colaço Monteiro(1);Raquel Domingos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
O adenocarcinoma do pulmão é a neoplasia do pulmão mais frequente e a sua prevalência tem aumentado em mulheres de idade jovem.
Caso clínico
Mulher de 34 anos, fumadora de 20 unidades maço-ano, cabeleireira. Admitida por tosse seca persistente com 3 meses de evolução, com agravamento nas duas semanas anteriores à admissão, sendo acompanhada por vómitos. Foi medicada durante esse período com antibioterapia, corticoterapia e anti-tússicos, sem melhoria do quadro. À observação a destacar acessos de tosse seca e hipocratismo digital bilateral das mãos, sem outras alterações de relevo. Radiograma de tórax com infiltrado reticulonodular bilateral e infiltrado paramediastínico direito. TAC de tórax a evidenciar massa hilar direita, associada a micronodularidade incontável hematogénica em largada de balões, aspectos provavelmente proliferativos. O teste SARS-CoV-2 relevou-se positivo. A doente foi internada para estudo etiológico e estadiamento. Concluiu-se tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão com metastização pulmonar, pleural, óssea e hepática. A doente iniciou terapêutica com Osimertinib.
Discussão
O adenocarcinoma do pulmão tem aumentado a sua prevalência em mulheres em idade jovem. O tabagismo, apesar de ser o principal factor de risco para neoplasia do pulmão, parece não explicar totalmente a maior incidência no sexo feminino.
Na abordagem da tosse crónica, a persistência da sintomatologia deve constituir um sinal de alarme e motivar, pelo menos, a observação do doente e realização de um radiograma de tórax.

P n.º 0672

Síndroma nefrótico secundário a doença lesão mínima ideopática

David Gabriel Ferreira(1);Rui Duarte(1);Paulo Sousa(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças renais

Introdução: A doença lesão mínima (DLM) é responsável por 10-15% dos casos síndroma nefrótico (SN) em adultos. Habitualmente surge como doença renal primária no entanto pode ser secundária a doença de Hodgkin, alergias ou toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINE's). Manifesta-se pelo aparecimento ou agravamento de edemas e SN, acompanhado por sedimento urinário inocente. O diagnóstico é feito através da realização de biópsia renal.
Descrição: Homem, caucasiano, 71 anos, internado por edema bilateral dos membros inferiores, escrotal e abdominal, de início súbito e agravamento progressivo com duas semanas de evolução. A admissão referia astenia, anorexia, cansaço fácil e diminuição do débito urinário. Ao exame físico constatou-se anasarca. No estudo realizado salienta-se: Hb 17.1g/dL; VS 74mm; ligeira retenção azotada (ureia 109mg/dL;Scr 1.3mg/dL); hipoalbuminémia grave(1.1g/dL); e dislipidemia(CT:433,CLDL:311mg/dL). Urina II>600mg/dL proteínas; Sedimento urinário: inocente. Proteinúria maciça 29.76gr/24horas. Estudo imunológico sem alterações, excepto redução IgG sérica. Marcadores víricos e tumorais negativos. Ecografia renal, TAC Toraco-abdomino-pélvica, EDA e EDB: sem alterações.Iniciou terapêutica diurética, albumina endovenosa, IECA e terapêutica anti-trombótica, com melhoria progressiva dos edemas (perda de 14 Kg) e com discreto agravamento da função renal em provável contexto balanço hídrico negativo. Efetuou bióspia tenal que revelou DLM. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com boa evolução clínica e laboratorial. Mantém follow up em consulta, na última avaliação, sem edema com remissão completa da proteinúria (180mg/dia) e normalização da função renal (Cr:0,9mg/dL) em menos de 3 meses.
Conclusão: A DLM frequentemente evolui com ciclo de remissões e recidivas. Após o diagnóstico 80-85% dos adultos atinge remissão completa após 4 meses de terapêutica, sendo as recidivas menos comuns, mas mais resistentes à medicação subsequente. A corticoterapia constitui a primeira opção terapêutica.

P n.º 0678

Síndrome do abcesso hepático associado a K. pneumoniae

Maria Leonor Pereira Figueira Neves(1);Catarina Melita(1);Catarina Pereira(1);Catarina Negrão(1);Telma Martins(1);Sofia Furtado(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A síndrome do abcesso hepático associado à infeção por Klebsiella pneumoniae é uma entidade clínica rara, descrita maioritariamente em países asiáticos. Contudo, tem vindo a emergir na Europa com alguns casos em indivíduos de ascendência não-asiática. Pensa-se que seja devida a estirpes de K. pneumoniae mais virulentas como as de fenótipo hiperviscoso ou serotipo capsular K1/K2. O diagnóstico baseia-se no isolamento da bactéria em hemoculturas, associado a imagens sugestivas de abcesso hepático e/ou isolamento da bactéria em material drenado do abcesso. O tratamento inclui antibioterapia de longa duração e pode recorrer à drenagem percutânea em casos selecionados.

Caso Clínico
Relata-se o caso de um homem eurocaucasiano de 91 anos, não diabético, com antecedentes de hábitos etílicos marcados e história recente de pneumonia da comunidade medicada com amoxicilina-clavulanato. O doente deu entrada no serviço de urgência por febre alta e mal-estar geral persistentes sob antibioterapia. Analiticamente, destaca-se elevação dos parâmetros inflamatórios e citocolestase sem hiperbilirrubinémia. Foram colhidas hemoculturas que isolaram K. pneumoniae multissensível. A tomografia computorizada do abdómen documentou uma imagem compatível com abcesso hepático no segmento V/VIII, de difícil abordagem, estabelecendo-se o diagnóstico de síndrome de abcesso hepático associado a K. pneumoniae. Escalou-se a antibioterapia dirigida para piperacilina-tazobactam, verificando-se melhoria clínica e radiológica.

Discussão
Este caso clínico alerta para a possibilidade de estirpes de K. pneumoniae serem hipervirulentas e mais propensas a infeções metastáticas, mesmo apresentando um perfil multissensível a antimicrobianos. O reconhecimento precoce e abordagem adequada destas infeções pode prevenir a infeção metastática e evitar reinternamentos. Após revisão da bibliografia publicada sobre esta síndrome, este é o 4º caso de abcesso hepático a K. pneumoniae relatado em Portugal.

P n.º 0679

Pneumonia organizativa pós-COVID-19

HELENA de OLIVEIRA(1);JOÃO p. ROCHA(1);MARIA JOÃO OURA(1);MARIA HELENA ROCHA(1);CARLA ANDRADE(1);ANTÓNIO VIEIRA LOPES(1);JORGE ALMEIDA(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) traduz uma resposta inflamatória inespecífica à lesão pulmonar, podendo ser criptogénica ou secundária a várias condições, nomeadamente infeções, como a COVID-19.
Caso clínico: Homem, 83 anos, com insuficiência cardíaca valvular e doença pulmonar obstrutiva crónica, recorreu ao serviço de urgência (SU) por agravamento do padrão habitual de dispneia e tosse. Analiticamente, com elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 52,3 mg/L). Realizou TC torácico, com áreas de densificação em vidro despolido dispersas. Pesquisa de SARS-CoV-2 por PCR em zaragatoa nasofaríngea positiva. Teve alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Recorreu novamente ao SU após 1 semana, por agravamento de dispneia e tosse produtiva. Com insuficiência respiratória tipo 2. Repetido TC torácico, com evolução de áreas prévias em vidro despolido para padrão de PO. Iniciou prednisolona 60 mg oral diária, com resolução de insuficiência respiratória, apirexia sustentada e diminuição de parâmetros inflamatórios. Foi encaminhado para consulta de Pneumologia, onde cumpriu 3 meses de corticoterapia com desmame lento e sem evidência de recidiva.
Discussão: O diagnóstico de PO resulta da integração de dados clínicos e imagiológicos, devendo ser ponderado em doentes com deterioração clínica após diagnóstico inicial de pneumonia com tratamento empírico adequado e que apresentam imagem típica em TC. O diagnóstico atempado com a instituição de corticoterapia sistémica precoce permitirá diminuir a necessidade de suporte ventilatório, recurso a antibióticos e melhorar o prognóstico.

P n.º 0684

Eritema multiforme major - um caso clínico

Mariana Fidalgo .(1);Catarina Antunes Salvado(1);Carina Silva(1);Filipa Duarte Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: O eritema multiforme [EM] é uma patologia imunomediada que se carateriza pelo desenvolvimento agudo de lesões cutâneas em alvo, por vezes acompanhadas de erosões ou bolhas nas mucosas. Quando há atingimento mucoso grave e/ou sintomas sistémicos (febre ou artralgias), designa-se por EM major. É uma doença rara, com incidência anual inferior a 1%, e mais frequente nos adultos jovens do sexo masculino. As infeções são responsáveis por 90% dos casos, particularmente a infeção por Herpes simplex [HSV], mesmo quando assintomática. Recentemente, foi também associado a casos de infeção por SARS-CoV-2 e a vacinação contra o mesmo. O presente caso é uma apresentação exuberante de EM major, sem etiologia definida.
CASO CLÍNICO: Homem 42 anos, fumador e com história familiar de eczema, recorre ao Serviço Urgência [SU] por quadro com 4 dias de evolução de lesões cutâneas eritematosas pruriginosas na região cervical, tronco e membros; sem história de infeção herpética recente ou passada; sem outras alterações ao exame objetivo ou estudo analítico. Foi medicado com anti-histamínico e corticóide em baixa dose e orientado para consulta de reavaliação precoce.
Foi reavaliado 6 dias após vinda ao SU, referindo ausência de resposta terapêutica, com agravamento do número e área de dispersão das lesões, surgimento de lesões na mucosa oral (lábios e palato mole), prurido intenso, dor ao toque e intolerância ao calor. Desenvolveu ainda anorexia, náuseas e emagrecimento não quantificado. Foi realizada biópsia cutânea, que evidenciou dermatite de interface de padrão vacuolar, compatível com o diagnóstico de eritema multiforme major. Reiniciou prednisolona, agora na dose de 1mg/Kg/dia, com resolução das lesões nas mucosas e melhoria das lesões cutâneas. Tentativa de desmame de corticoterapia com recrudescência das lesões; atualmente sob 40mg/dia, com estabilidade clínica.
DISCUSSÃO: O EM é, na maioria dos casos, autolimitado e de resolução espontânea. Nos quadros mais graves, pode ser necessária terapêutica sistémica e alguns doentes sofrem múltiplas recorrências. A eliminação do fator causal é a principal forma de prevenção de recorrência, mas é frequentemente difícil por não haver etiologia identificada. Em casos graves, pode estar indicada a supressão vírica para controlo do HSV ou mesmo a imunossupressão.

P n.º 0691
Uma epistáxis inesperada
João Pedro Horta Antunes(1);Sara Frazão de Brito(1);Bárbara Picado(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: As citopénias são achados comuns e frequentes na prática clínica, com uma apresentação extremamente diversificada e com múltiplos diagnósticos diferenciais.
Caso clínico: Homem, 54 anos, sem antecedentes relevantes. Recorre ao Serviço de Urgência por tonturas, cansaço e episódios recorrentes de epistáxis desde há alguns dias. Desde há 3 meses com astenia, recorreu ao médico assistente, evidenciando Hemoglobina (Hb) 13,5 g/dL. Na admissão com palidez mucocutânea, sem outras alterações no exame objetivo. A avaliação analítica revelou anemia macrocítica (Hb 7,4 g/dL, VGM 111 fL), leucocitose (leucócitos 16,14 x109/L), trombocitopenia (97 000 plaquetas), reticulocitose (reticulócitos 2,1%), proteína C reativa 0,95 mg/dL. É internado para estudo etiológico da bicitopénia e epistáxis. Do estudo complementar destacou-se: Índice de Proliferação Reticulocitária 0,5, sem ferropénia, nem défice de vitamina B12 ou folatos, mantinha leucocitose (16,86 x109/L), com neutrofilia (76,9%), basofilia (4,3%), linfócitos 11,6% e monocitose (6,4%), rombocitopenia (90 000 plaquetas), velocidade de sedimentação 112 mm/h; esfregaço de sangue periférico com anisocitose acentuada de predomínio macrocítico, anisocromia ligeira, poiquilocitose, acentuado desvio esquerdo dos granulócitos neutrófilos (alguns mielócitos com predomínio de metamielócitos e bastonetes), com cerca de 6% de células com alta relação núcleo/citoplasma algumas com nucléolos evidentes (blastos mielóides), anisocitose plaquetar com algumas plaquetas gigantes, sendo sugestivo de Leucemia Mielóide Crónica (LMC). Posteriormente realizou-se estudo com mielograma, imunofenotipagem e pesquisa do cromossoma Philadelphia, que confirmaram o diagnóstico.
Discussão: A LMC é uma doença com apresentação diversificada e de difícil diagnóstico. Deverá ser um diagnóstico diferencial na presença de citopénias e de sintomas inespecíficos em doentes com quadro sugestivo de doença hematológica.

P n.º 0701

Tetralogia de Fallot: um diagnóstico inesperado

Inês Albuquerque(1);Bernardo Silvério(1);João Cardoso(1);Ana Lima Silva(1);Rita Xavier(1);Sofia Teixeira(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças cardiovasculares

A tetralogia de Fallot (TF) é a cardiopatia congénita cianótica mais comum, afetando cerca de 7% dos recém-nascidos. A insuficiência cardíaca é a principal causa de morte nestes doentes, cuja esperança média de vida se fixa na terceira década de vida. A suspeita surge pela clínica precoce apresentada nos primeiros anos de vida, sendo muito raros os casos assintomáticos que são diagnosticados na vida adulta.
Mulher, 50 anos, com atraso cognitivo desde a infância. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia para pequenos e médios esforços com semanas de evolução. Ao exame objetivo, saturações de 75%, cianose periférica, sopro sitólico III/VI, baquetamento digital e edemas dos membros inferiores. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica, sem resposta a oxigénio suplementar (pO2 50, FiO2 50%, P/F: 100). ECG em ritmo sinusal, com bloqueio de ramo direito e FC 84bpm. Analiticamente, Nt-proBNP: 9076 pg/mL sem outras alterações. AngioTC Torax excluiu TEP e infeção e destaca cardiomegalia exuberante e derrame pleural bilateral. Pela clínica e suspeita de shunt direito esquerdo proposto internamento. Do estudo: Ecocardiograma transtorácico com cavalgamento da aorta superior a 50% sobre o septo intraventricular, hipoplasia da artéria pulmonar, hipertrofia das paredes do ventrículo direito (VD), comunicação interventricular com shunt bidireccional e obstrução do trato de saída do VD, compatíveis com TF. Realizou terapêutica diurética até atingir estado de euvolémia, com suspensão de O2 suplementar mantendo saturações periféricas de 85%. Foi referenciada para consulta de medicina interna, cardiopatias congénitas do adulto e estomatologia. Mantem-se estável, sem intercorrências de novo, ainda sem realização de correção cirúrgica.
Serve este caso para alertar para uma apresentação rara de uma patologia com alta taxa de mortalidade na idade jovem.

P n.º 0703

Um caso de piomiosite a S. aureus

Vasco Gaspar(1);Bernardo Silva(1);Marta Orantos(1);João Cardoso(1);Patrícia Simões(1);Luisa Wandschneider(1);Luís Siopa(1);Inês Ambrioso(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 74 anos, com anecedentes de dislipidémia, recorre ao SU por queixas de dor na grelha costal direita associada a tosse não produtiva, febre e lombalgia bilateral com irradiação à face posterior dos membros inferiores.
Apresentava hipotransparência na base direita, análises com leucocitose, elevalção dos parametros inflamatorios e colestase. Tendo ficado internada para estudo e sido medicada com Piperaciclina + Tazobctam.
No segundo dia de internamento por agravamento da dispneia realizou Tc Torax que mostrou derrme pleural direito com atelectasia de todo o lobo inferior direito, derrame loculado do lobo superior direito (cerca 76x57mm) de densidade homogénea, sem bolhas de ar no seu interior; sem sinais de consolidação parenquimatosa.
Realizou totacocentese com citoquimico de carateristicas mistas, com exame cultural negativo.
Por dor abdominal realizou também Tc Abdomen onde se destacava coleção que capta constaste à periferia e envolve o musculo obturador interno direito com múltiplas locas, com topografia na periferia da tuboerosidade isquiática direita com maior expressão nos músculos isquitibiais com extensão à raiz da coxa.
As hemoculturas identidicaram Staphylococcus aureus sensível a Vancomicina que cumpriu durante 20 dias com redução dos abcessos e evolução para apirexia.
O ecocardiograma apresentava uma fracção preservada, com sinais de insuficiência cardíaca diastólica, sem sinais de vegetações.
As serologias virais foram negativas.
Admitiu-se assim um caso de piomiosite a S. aureus em doente sem factores de risco para tal, ou seja, doente imunocompetente, sem história de trauma, sem história de injecções prévias e sem história de viagens a zonas tropicais

P n.º 0713
Quando a identificação não chega
João Manuel Pires Dos Santos(1);Rafaela Pereira(1);Constantin Sítari(1);Joana Pereira(1);Isabel Carvalho(1);Joana Pestana(1);José Ferreira(1)
(1) CHUA Faro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A endocardite ocorre quando um microrganismo proveniente de outro local (como a cavidade oral) se dissemina pela corrente sanguínea e adere a áreas lesadas do endocárdio. Pode danificar ou destruir as válvulas do coração e causar complicações potencialmente fatais.
Caso clínico:
Doente do sexo feminino, 71 anos, autónoma, com diabetes tipo 2. Iniciou quadro de disúria, polaquiuria e urgência urinária, medicada com antibiótico que não cumpriu. Três dias depois com astenia, anorexia, febre e confusão. Trazida ao serviço de urgência 3 semanas após o início do quadro, apresentando-se confusa, polipneica com SpO2 87% em ar ambiente, hipotensa, febril, à com roncos dispersos bilaterais auscultação pulmonar. Cavidade oral com várias cáries e piorreia.
Analiticamente leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. Gasimetria com alcalemia respiratória, insuficiência respiratória tipo 1 e lactatos 3.9. Telerradiografia torácica com imagens nodulares bilaterais. Após rastreio séptico iniciou ceftriaxone.
Progrediu em horas para disfunção neurológica. Realizou de imediato TC CE - sem lesões agudas - e TC de tórax que mostrou alterações do parênquima bilateral compatíveis com embolia séptica e derrame pleural bilateral. Foi internada com o diagnóstico de embolia séptica pulmonar.
É isolada E.Coli multissensivel em urocultura e MSSA em 3 hemoculturas.
Ao 4º dia é identificada tumefação esternoclavicular direita que em TC dirigida confirmou tratar-se de abcesso, que foi drenado.
Dado os múltiplos focos infeciosos foi pedido ecocardiograma TT que evidenciou vegetação de grandes dimensões na válvula tricúspide.
Evoluiu com monoparesia braquial direita demonstrando-se afetação séptica do SNC. Posteriormente com disfunção multiorgânica e admissão em UCI, com desfecho fatal.
Discussão:
Quadro infecioso arrastado em doente diabética, em que apesar de identificação de foco e antibioterapia dirigida, evoluiu com embolização sética multiorgânica e desfecho fatal.

P n.º 0714
POLISSEROSITE NO IDOSO

Mariana Belo Nobre(1);Teresa Gouveia(1);Ryan Costa Silva(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Síndroma de Sjögren (SS) é uma doença autoimune com manifestações glandulares e extraglandulares, caracterizada tipicamente por xerostomia e xeroftalmia e por vezes associada a outras doenças autoimunes ou neoplasias. O derrame pericárdico e pleural são manifestações raras, sobretudo se concomitantes.
Os autores apresentam o caso de uma doente de 89 anos, admitida por dispneia para esforços progressivamente menores, sensação de aperto torácico, astenia e perda de peso com 6 meses de evolução. Apurou-se ainda xerostomia, xeroftalmia e artralgias de ritmo inflamatório de longa data. Ao exame objetivo, constatou-se abolição do murmúrio vesicular e macicez no campo pulmonar esquerdo, pelo que foi realizada TC-tórax que revelou derrame pleural esquerdo exuberante e derrame pericárdico circunferencial ligeiro-moderado. A investigação etiológica extensa permitiu excluir etiologia neoplásica e infeciosa. Na avaliação analítica, destacava-se elevação marcada da velocidade de sedimentação e anti-SSA positivo em alto título (>58986), sem outras alterações no estudo autoimune. Foi realizada toracocentese e biópsia pleural, que revelou exsudado granulocitário, linfócitos e células mesoteliais sugestivas de pleuresia inflamatória, sem evidência de neoplasia. Atendendo à presença de polisserosite em contexto de SS primário, foi iniciada colchicina com melhoria marcada dos derrames pleural e pericárdico, e, adicionalmente, foi iniciada hidroxicloroquina e prednisolona em baixa dose, com melhoria das artralgias. Após um ano de follow up, salienta-se ausência de recidiva da polisserosite.
A investigação etiológica da polisserosite no idoso centra-se sobretudo na exclusão de doença neoplásica ou infeciosa, sendo a polisserosite uma manifestação muito rara de SS. Destaca-se com este caso que a identificação da doença de base associada à polisserosite é essencial para uma abordagem terapêutica dirigida, evitando terapêuticas fúteis como a antibioterapia.

P n.º 0715
Pneumonia organizativa pós-COVID - relato de caso
Sofia Lopes(1);Filipa Fernandes(1);Carla Serôdio(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
As orientações atuais sobre infeção por SARS-CoV-2 incidem sobretudo na abordagem da doença aguda, prevenção e vacinação. Porém, há ainda pouca evidência sobre como gerir os sintomas que persistem após a fase aguda da doença.
A análise de imagens de tomografia computadorizada (TAC) torácica e de biópsias pulmonares post-mortem revelam um padrão de pneumonia organizativa (PO) na maioria das infeções pulmonares por SARS-CoV-2. [1] Neste contexto, é importante que os doentes com esta infeção sejam acompanhados até 3 a 4 semanas após o diagnóstico, de modo a reconhecer esta complicação.

Caso clínico:
Homem de 63 anos, que foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos por pneumonia bilateral por SARS-CoV-2, com insuficiência respiratória grave e necessidade de ventilação mecânica. As radiografias torácicas demonstravam infiltrados difusos bilaterais. Após desmame do ventilador, o doente mantinha hipoxemia persistente e necessidade de oxigenoterapia. Clinicamente, apresentava dispneia e dessaturação marcadas para pequenos esforços, com melhoria muito lenta, apesar da reabilitação respiratória. Neste contexto, foi solicitada uma TAC torácica de alta resolução, que demonstrou extensas áreas de densificação em vidro despolido (cerca de 70% do parênquima atingido), bem como alterações sugestivas de fibrose pós COVID-19.
Assumiu-se, então, o diagnóstico de PO no contexto da infeção por SARS-CoV-2 e foi iniciada Prednisolona 40 mg id.
Após 18 dias de corticoterapia, houve alguma melhoria clínica, pelo que doente teve alta, com indicação para manter a terapêutica, para posterior reavaliação em consulta.

Discussão:
A PO pode surgir como uma complicação tardia de COVID-19 e deve ser considerada em doentes que apresentam evolução clínica lenta, com persistência dos sintomas respiratórios e da necessidade de oxigenoterapia, apesar da terapêutica otimizada.
A corticoterapia é considerada a terapêutica de eleição na PO. No entanto, mantém-se a questão sobre se os corticoides em alta dose são benéficos para doentes com PO secundária à infeção por SARS-CoV-2.
O objetivo deste relato é descrever a clínica que deve levar à suspeita de PO pós-COVID, bem como apresentar a sua resposta à corticoterapia.

P n.º 0718

SCA no doente alérgico à aspirina - um caso de dessensibilização bem sucedido

João Barros Rodrigues(1);Joana Caires(1);Inês Salvado(1);Ruben Salgueiro(1);Catarina Valente(1);Maria Pacheco(1);Miguel Pereira(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças cardiovasculares

Terapia crónica com ácido acetilsalicílico (AAS) tem como intuito a diminuição do risco de eventos cardiovasculares, ou então como prevenção secundária após um síndrome coronário agudo (SCA), quer tenha sido alvo de revascularização ou se tenha optado por terapêutica médica. A introdução de AAS no doente que se apresente com SCA é muitas vezes protelada em contexto de alergia conhecida, tendo como consequências potenciais o agravamento da isquemia e a estenose de stent.
Aqui reportamos o caso de um doente masculino de 45 anos, com antecedente de reação adversa do tipo respiratória e cutânea relacionada com toma de AAS vários anos antes, cuja apresentação no serviço de urgência foi enfarte aguda do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.
Dada a emergência, o doente foi submetido a revascularização, sendo introduzido clopidogrel em monoterapia, enquanto se aguarda a decisão e dessensibilização.
Com colaboração do Serviço de Imunoalergologia, foi instituído o protocolo local de dessensibilização, envolvendo monitorização, pré medicação com corticóide e anti histamínico, seguido de doses crescentes PO de AAS, até perfazer a dose alvo de 100mg. Após o procedimento bem sucedido o doente foi submetido a um segundo tempo de cateterismo, para abordagem de lesões não tratadas no primeiro tempo, além de controlo dos stents previamente colocados
Este tipo de protocolo apresenta uma taxa de sucesso considerável, que pela infrequência da sua implementação é muitas vezes esquecida, ficando os doentes em questão com terapêutica por otimizar

P n.º 0720

Dor, edema e impotência funcional apendicular - quando a lesão não é evidente

Raquel Mendes Boto(1);Liliia Savka(1);Carolina Brandão Monteiro(1);Nuno Reis Carreira(1);Carolina Cunha(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Carolina Santos(1);Ana Castro Barbosa(1);Ana Furão Rodrigues(1);Ana Maria Baltazar(1);Carolina Carreiro(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Liliana r. Santos(1);Maria José Pires(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Dor, considerada desde 2003 pela Direção Geral de Saúde como o quinto sinal vital em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, é uma manifestação clínica frequentemente subdiagnosticada e subtratada, devendo ser detetada e abordada precocemente.
Apresenta-se homem de 34 anos, autónomo, sem antecedentes conhecidos, que inicia queixas álgicas de agravamento progressivo ao longo de semanas após episódio de exercício físico ao nível do joelho, perna e pé direitos, evoluindo com edema, rubor, calor e dor tipo queimadura, intensa e incapacitante, para além de ligeira dor lombar. A tomografia computorizada (TC) revelou normalidade dos eixos radiculares L4 e L5 nos seus trajetos foraminais, enquanto a Ressonância Magnética (RM) da coluna lombar concluiu eventual compromisso da raiz D12 direita. A TC da região tibiotársica descartou possível fratura e o EcoDoppler dos membros inferiores excluiu trombose venosa ou compromisso arterial. Esta disparidade entre os exames de imagem mencionados e a clínica apresentada pelo doente compatível com afeção de L5 incentivaram a realização de eletromiograma que sugeriu neuropatia com sinais de lesão do nervo ciático popliteu externo (CPE) direito. A avaliação ecográfica sumária da região identificou alteração da normal sonoanatomia do CPE (espessamento, hipoecogenicidade e perda de estrutura fibrilhar), aspetos enquadráveis no contexto de neuropraxia. Verificou-se necessidade de titulação rápida de terapêutica analgésica, com controlo parcial da dor. Perante a semiologia e os estes exames complementares de diagnóstico, a hipótese diagnóstica mais provável assentava numa algoneurodistrofia ou síndrome de dor regional complexa (SDRC). Com o ajuste terapêutico e reabilitação física, verificou-se melhoria dramática das queixas.
Este caso clínico destaca a importância da deteção precoce do SDRC, cuja abordagem deverá ser multidisciplinar, particularmente na implementação de estratégias terapêuticas e reabilitativas.

P n.º 0721

Diabetes Mellitus tipo 2 com alergia à insulina

João Manuel Pires Dos Santos(1);Joana Pereira(1);Rafaela Pereira(1);Constantin Sítari(1);Isabel Carvalho(1);Ana Baptista(1);Joana Pestana(1);José Ferreira(1)
(1) CHUA Faro

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: As reações de hipersensibilidade à insulina são cada vez mais raras, surgem geralmente nas quatro primeiras semanas de tratamento. Incluem mais frequentemente reações locais, mas também urticária, angioedema e anafilaxia. A sensibilização à insulina pode ser avaliada pelo teste cutâneo, pesquisa de IgE sérica específica, teste intradérmico e pesquisa de IgG específica.
Caso clínico:
Mulher de 71 anos, diabética desde 1994, queixas frequentes relacionadas com atopia, sem alergias documentadas. Sob antidiabéticos orais com bom controlo metabólico até Maio de 2014, quando apresenta HbA1C 9.6% o que leva à associação de insulina detemir (Levemir). Refere indução do local da administração com desconforto cutâneo. Alterada medicação após 1 mês para insulina humana (Humulin NPH), mantendo indução, eritema e pápula que surge imediatamente após a administração com prurido que perdura por 3-4h, até 24h. Nega manifestações sistémicas. Apesar desta manifestação objectivou-se melhoria do controlo metabólico, com descida da HbA1c para 7.7%.
É então alterada novamente a prescrição para insulina glargina (Lantus) em Novembro 2014, alterada concomitantemente marca das agulhas e inicia hidroxizina. Regressa à consulta e apesar do bom controlo metabólico, refere agravamento dos sintomas.
Opta-se por parar insulina e manter antidiabéticos orais.
Em 2015 estudo revela: IgE positiva para insulina humana, bovina e porcina.
Apesar de dieta, exercício e antiabéticos orais mantinha controlo metabólico aquém do desejável.
Em 2021 aceitou experimentar novamente insulina, degludec (tresiba), com boa resposta, verificando melhoria do controlo metabólico, sem aparecimento de lesões cutâneas.
Discussão:
Apesar de rara a alergia à insulina pode acontecer, sem que no entanto se verifique perda de eficácia. O risco de evolução para situações mais graves, como a anafilaxia, leva à suspensão do fármaco. A investigação nesta área permite a existência de alternativas eficazes.

P n.º 0727

Insulinoterapia e o agravamento precoce de retinopatia diabética – uma relação a não esquecer

Sérgio Azevedo(1);Andreia Brito(1);Daniela Brito(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A retinopatia diabética (RD) é uma das principais causas de perda de visão na população em idade ativa. A deterioração da RD após tratamento intensivo da hiperglicemia foi descrito pela primeira vez nos anos 80 e definido como agravamento precoce de retinopatia diabética (APRD). Apesar desta condição ser geralmente temporária e com impacto limitado, alguns doentes podem desenvolver lesões severas e irreversíveis. Descreve-se o caso de um doente com degradação significativa da acuidade visual (AV) após início de insulinoterapia.
Caso Clínico: Homem de 44 anos referenciado à consulta por diabetes mellitus com 14 anos de evolução, mau controlo metabólico crónico e sem complicações microvasculares ou macrovasculares reportadas até à data. Associadamente com hipertensão arterial, dislipidémia e excesso ponderal. HbA1c estimada de 10,6%, sob múltiplos antidiabéticos orais. Iniciada insulina basal para otimização do controlo metabólico e pedido rastreio de RD. Após 1 mês do início de insulinoterapia é observado pela Oftalmologia por perda rapidamente progressiva da AV. É objetivado perda quase total da AV bilateralmente por RD proliferativa. Após 4 meses de tratamento com insulinoterapia e tratamento oftalmológico, apresenta HbA1c de 8,2% e RD proliferativa com lesões irreversíveis.
Discussão e Conclusão: O tempo de evolução da DM, a existência de retinopatia diabética prévia e o mau controlo metabólico prolongado têm sido associados ao desenvolvimento de APRD após início de insulinoterapia para controlo metabólico intensivo. Parece existir também associação entre o APRD e a amplitude de redução de HbA1c. Assim, é premente o rastreio atempado de RD, com especial interesse na avaliação do doente com necessidade de início de insulinoterapia para obtenção de controlo metabólico intensivo. O controlo metabólico tem benefícios a longo prazo quer nas complicações microvasculares quer macrovasculares, no entanto deve ser tida especial atenção aos doentes que se enquadrem nos fatores de risco acima descritos pelo risco de desenvolvimento de APRD associado ao início de terapêutica com insulina, com consequente perda de AV irreversível e incapacitante.

P n.º 0728

Trombocitopenia imune induzida por ceftriaxone

Liliia Savka(1);Carolina Brandão Monteiro(1);Nuno Reis Carreira(1);Raquel Mendes Boto(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Cardoso Barbosa(1);Ana Carolina Santos(1);Ana Maria Baltazar(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Maria José Pires(1);Ana Furão Rodrigues(1);Liliana r. Santos(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

A trombocitopénia surge frequentemente em doentes internados, associado habitualmente a patologia infecciosa, hematológica, oncológica ou autoimune. Pode ocorrer também no contexto de uma reação adversa medicamentosa. O ceftriaxone, cefalosporina de 3ª geração, é amplamente utilizada em meio hospitalar, existindo na literatura vários casos de trombocitopénia imune (TI) induzida por essa terapêutica.
Homem de 80 anos, internado por insuficiência cardíaca descompensada. Antecedentes de fibrilhação auricular, tromboembolismo pulmonar recente provocado por tromboembolismo iliofemoral à direita, sob edoxabano e esplenectomizado em 2011 por rotura do baço.
Durante o internamento, desenvolve febre, elevação de parâmetros inflamatórios (PI) e sintomatologia urinária, tendo iniciado ceftriaxone. À admissão apresentava uma contagem plaquetária de 151000. Por agravamento da função renal, encontrava-se sem IECA/ARA ou ARNI ou antagonista dos mineralocorticoides. Quatro dias após início de antibioterapia, verifica-se redução da contagem plaquetária, tendo suspendido ceftriaxone em 8º dia de antibioterapia, com nadir ao 11º dia, com Plaquetas 56000. Simultaneamente, verificou-se descida dos PI e melhoria clínica. Excluídos outros fármacos potencialmente causadores, e outras causas, nomeadamente infeções virais. Perante suspeita de TI induzida pelo ceftriaxone, solicitou-se pesquisa de anticorpos antiplaquetários, que revelar-se-iam positivos por método direto. Sem necessidade de terapêutica dirigida, verificou-se uma subida sustentada da contagem até 124000 ao 16º dia após suspensão.
A TI induzida por fármacos é secundária a um fenómeno autoimune, que envolve a destruição de plaquetas. Importa a distinção entre a TI primária e a secundária, devido a evolução clínica diferente, assim como tratamento. O reconhecimento desta patologia, o diagnóstico diferencial das várias causas e a sua correta abordagem são fundamentais de forma a reduzir os riscos associados a trombocitopenia grave.

P n.º 0732

Whipple – dos sintomas ao diagnóstico

Maria João Fernandes(1);Filipa Nunes(1);Ana m. de Oliveira(2);Inês Alexandre(1);Joaquim m. Tinoco(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) HVFXira

Tema: Doenças raras

Introdução: A doença de Whipple é uma doença rara, multissistémica, causada pelo Tropheryma Whipplei. Existem várias manifestações clínicas possíveis, porém as mais frequentes são síndromes de má absorção com dor abdominal e diarreia já que o intestino delgado é a região mais frequentemente afectada.
Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 48 anos, admitido por um quadro consumptivo com 3 meses de evolução associado a poliartralgias. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecido, com dor à palpação abdominal e com hepatomegalia palpável.
Laboratorialmente com anemia normocítica, ácido fólico diminuído, velocidade de sedimentação aumentada; sem leucocitose e PCR 2.71.
TC abdominal volumoso derrame pleural bilateral e múltiplas adenopatias mesentéricas.
Serologia viral (HBV,HCV,VIH) negativas, culturas sem isolamento de agente.
Realizada EDA que mostrou duodenite crónica com aspectos sugestivo de doença de Whipple (pesquisa histoquímica com colónias bacterianas no citoplasma de macrófagos, com a forma de bacilos curtos e finos PAS +). O diagnóstico foi confirmado por pesquisa de PCR na biópsia de D2.
Adicionalmente foi excluído envolvimento sistémico com ecocardiograma sem alterações, TAC CE e pesquisa de PCR no LCR negativo.
O doente apresentou franca melhoria após início de antibioterapia com Ceftriaxone e seguimento posterior em consulta a cumprir 1 ano de Cotrimoxazol com resolução da anemia, ganho ponderal (15Kg) e sem queixas de artralgias.
Discussão: Salienta-se a importância de incluir a doença de Whipple no diagnóstico diferencial de doentes que apresentem síndrome consumptivo associado a artralgias, diarreia crónica, dor abdominal e perda de peso uma vez que a terapêutica adequada atempadamente pode prevenir complicações.

P n.º 0733
Um diagnóstico esquivo

Cristiano Gante(1);José Sousa(2);Mariana Morais(1);Rita Prayce(1);Mário Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A encefalopatia responsiva a esteroides associada a tireoidite autoimune (SREAT), também chamada Encefalopatia de Hashimoto, é uma entidade rara. Habitualmente de exclusão, o diagnóstico é feito em doentes com quadro de encefalopatia que responde ao tratamento com corticoide e no qual se identificam anticorpos anti-tiroideus positivos.
Caso clínico: Mulher de 61 anos com antecedentes de trombastenia de Glanzmann sem medicação habitual, encaminhada ao serviço de urgência por alteração do comportamento e obnubilação. A avaliação analítica e tomografia axial computorizada (TC) cranioencefálica (CE) não revelaram alterações e a TC toraco-abdomino-pélvica apenas revelou um nódulo tiroideu sem evidência de atipia. Para vigilância neurológica foi admitida em unidade de cuidados intermédios, verificando-se nos primeiros dias agravamento do estado de consciência com Glasgow Coma Scale (GCS) nadir de 9, rigidez e mioclonias generalizadas. Realizou ressonância magnética CE que documentou romboencefalite, motivo pelo qual realizou rastreio séptico e cumpriu tratamento com cotrimoxazol, porém sem melhoria do estado de consciência. Descartadas as causas infecciosas e estruturais, colocou-se a hipótese de encefalopatia autoimune e iniciou corticoterapia com metilprednisolona endovenosa inicialmente e posteriormente com prednisolona oral com melhoria progressiva do quadro, tendo alta já com GCS 14, mantendo apenas alguma lentificação. Estudo complementar com ecografia tiroideia revelou tiroidite crónica e o doseamento de anticorpos anti-peroxidase (TPO) e anti-tireoglobulina (ATG) foi positivo (TPO 29.72 UI/mL e ATG 68.60UI/mL), tendo alta com o diagnóstico de Encefalopatia de Hashimoto.
Conclusão: Este caso reforça a necessidade de estar alerta para as diversas causas de encefalopatia, documentando uma entidade rara e mostrando a longa e difícil marcha diagnóstica.

P n.º 0738

Síndrome de Ramsay Hunt – um caso clínico inesperado

João Rego Diniz(1);Salomé Marques(1);Liliana Torres(1);Luís Nogueira(1);Sofia de Figueiredo(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução
A síndrome de Ramsay Hunt é uma síndrome neurológica rara que resulta da reativação do Vírus Varicela-Zoster (VZV) ao nível do gânglio geniculado. A sua apresentação clínica consiste na tríade de paralisia facial periférica (PFP), rash vesicular do canal auditivo externo ou orofaringe e défice da acuidade auditiva ou tinitus ipsilateral.
Esta entidade requer tratamento atempado, pelo que o seu diagnóstico precoce é fundamental. Este implica a exclusão de outras causas de PFP, nomeadamente de lesões vasculares agudas com atingimento do tronco cerebral.

Caso Clínico
Doente do sexo masculino, 76 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, excesso ponderal e fibrilhação auricular.
Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia frontal esquerda de início súbito associada a PFP esquerda, parestesias da hemi-face esquerda, vertigem e desequilíbrio que impossibilita a deambulação. Realiza Tomografia Computorizada cranioencefálica que não revela lesões cerebrais agudas.
É internado para investigação etiológica, apresentando agravamento dos défices neurológicos, bem como queixas de otalgia e hipoacúsia esquerdas. Neste contexto, é solicitada Ressonância Magnética cranioencefálica que não revela lesões cerebrais agudas e avaliação por Otorrinolaringologia que deteta a presença de rash vesicular do canal auditivo externo esquerdo, compatível com infeção por VZV. Assume-se o diagnóstico de síndrome de Ramsay Hunt, iniciando-se tratamento com valaciclovir e corticóide com resposta terapêutica favorável.

Discussão
Perante a apresentação de PFP, o diagnóstico diferencial entre síndrome de Ramsay Hunt e AVC com atingimento posterior pode ser desafiante. A conjugação de dados clínicos e imagiológicos é fundamental para que se estabeleça a distinção entre as duas entidades.

P n.º 0741

Doença de Cushing – tudo o que se pode esperar num só doente!

SARA sa(1);Sérgio Alves(1);Rita Pera(1);João Lagarteira(1);Cristiana Batouxas(1);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: O Síndrome de Cushing (SC) pode ser definido como um conjunto de sinais e sintomas, que pode ser primário [hipersecreção de hormona adrenocorticotrofica (ACTH) e hormona corticotropica (CRH) no eixo hipotálamo-hipofisário] ou secundário à utilização de corticóides. Os autores apresentam o caso clínico de um jovem admitido no serviço de internamento com todas as manifestações caracteristicas de SC, com evolução de um ano.
CASO CLÍNICO: Masculino de 24 anos, estudante. Hipertensão arterial diagnosticada um mês antes, obesidade grau 1 (IMC 32) e luxação congénita da anca.
Recorreu ao serviço de urgência 4 vezes, por lombalgia. Diagnosticada fratura não recente de 3 vértebras lombares, sem história de traumatismo. Ao exame objetivo verificou-se uma deposição de gordura preferencialmente na zona malar do rosto (“face lua cheia”), pescoço e tronco, plétora facial, estrias violáceas a nível abdominal, com mais de 1centimetro de espessura, pele fina com equimoses dispersas em várias fases de evolução, alterações tróficas e edemas dos membros inferiores bilaterais e simétricos. Radiologicamente com evidencia de fraturas patológicas de arcos costais e vértebras lombares, sem compromisso neurológico e hipodensidade difusa da peças vertebrais, a sugerir osteopenia/osteoporose. Rastreio para hipercortisolismo positivo (cortisol salivar sem ritmo e com valor nocturno > 0.35; sem supressão na prova com 1mg dexametasona). Os estudos de localização mostravam ATCH normal/elevado. RMN hipofisária com microadenoma de 2mm à esquerda. Prova de CRH com subida de cortisol e ACTH compatíveis com doença de Cushing. Foi também diagnosticado hipogonadismo hipogonadotrófico secundário ao hipercortisolismo. Excisão do adenoma da hipofise via transesfenoidal.
DISCUSSÃO: O Sindrome de Cushing representa um desafio diagnostico, requerendo uma suspeita clínica apurada. No dias de hoje, é invulgar encontrar em simultâneo todas a manifestações deste síndrome.

P n.º 0742

Um caso clínico de favismo aos 67 anos

CATARINA LIZARDO CRUZ(1);Pedro Riesenberg(1);José Filipe Guia(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças raras

O favismo é uma síndrome hemolítica aguda causada pelo défice de glicose-6-fosfato desidrogenase. O fator desencadeante mais característico é o consumo de favas, mas existem outros como a infeção ou determinados medicamentos.
Reportamos um caso de homem de 67 anos, melanodérmico, que se apresenta com um quadro de 3 dias de evolução de astenia, escleras ictéricas, colúria e dor lombar. Como antecedentes pessoais o doente apresentava hipertiroidismo, pacemaker por BAV completo, hipertensão arterial e dislipidémia. À admissão o doente apresentava Murphy renal à direita, encontrava-se febril e verificou-se um aumento de parâmetros inflamatórios pelo que foi assumido quadro de pielonefrite aguda e iniciada antibioterapia empírica. Da restante avaliação apresentava ainda anemia, com hemoglobina de 8,5 g/dL, normocítica e normocrómica, com reticulocitose, elevação de bilirrubina não conjugada, aumento de LDH, haptoglobina diminuída e Coombs negativo. Pela sugestão de anemia hemolítica intravascular foi então realizado estudo etiológico mais alargado que pôs em evidência um défice de glicose-6-fosfato desidrogenase. Durante a colheita de história clínica tornou-se explícito a ingestão de favas prévia à apresentação do quadro clínico. Assumindo-se este como fator desencadeante, em concomitância com a infeção urinária.
Durante o internamento verificou-se uma melhoria clínica significativa, foram realizados ensinos relativos à alimentação e medicamentos a evitar e o doente manteve seguimento na consulta de Medicina Interna para posterior rastreio familiar.
O défice de glicose-6-fosfato desidrogenase é um distúrbio hereditário com alta prevalência mundial, porém o seu diagnóstico é muitas vezes desafiante pela sua grande variabilidade de apresentação. Apresentamos uma manifestação da doença tardia, aos 67 anos de idade, e com dois fatores concomitantes para agudização da anemia hemolítica.

P n.º 0743
Um caso de isquémia renal aguda
Carolina Gomes(1);Sofia Guerreiro Cruz(1);Bruno Ferreira(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças renais

Introdução: A isquémia renal surge como causa pouco frequente de falência renal (1.4% dos casos), sendo as mais frequentes: fenómenos cardioembólicos, estados de hipercoagulabilidade e lesões da artéria renal. As manifestações mais comuns são dor lombar e/ou abdominal, náuseas, vómitos e febre. A trombose da artéria renal pode ocorrer em estados pró-trombóticos, como o existente durante a infecção por SARS-CoV2. Se detectada em fase aguda, o tratamento consiste na intervenção endovascular, enquanto em casos subagudos o uso de anticoagulação ainda carece de evidência científica robusta.
Caso Clínico: Os autores reportam o caso de um doente de 38 anos, autónomo, fumador e com vacinação completa para SARS-CoV2, admitido por quadro de febre, dor lombar esquerda, náuseas e vómitos. À admissão a salientar apenas sinal de Murphy renal presente à esquerda. Analiticamente a realçar: creatinina 1.35mg/dL, proteína C reativa 16.5mg/dL, pesquisa de SARS-CoV2 positiva. Realizou tomografia computadorizada abdominopélvica (TC-AP) com alterações compatíveis com pielonefrite aguda, tendo iniciado antibioterapia com Ceftriaxone. Por manutenção das queixas realizou angio-TC-AP que demonstrou hipocaptação heterogénea esquerda (9 cm) sugestiva de isquémia renal, associada a vascularização arterial do rim esquerdo por uma artéria principal (permeabilidade conservada) e outra artéria acessória que vascularizava a porção isquémica (com oclusão focal). Sendo que pela evolução temporal, e de acordo com a Cirurgia Vascular, já não apresentava indicação para tratamento invasivo; iniciou hipocoagulação e terapêutica de suporte com melhoria clínica e analítica. Do ponto de vista respiratório permaneceu assintomático. Do restante estudo complementar, destacava-se: velocidade de sedimentação 104 mm/h, antitrombina III funcional diminuída (52.7%) e estudo autoimune negativo.
Discussão: Este caso pretende ilustrar uma causa mais rara de lombalgia associada a disfunção renal e realçar a possível associação com a infecção por SARS-CoV2, dado o aumento de fenómenos embólicos nestes doentes.

P n.º 0744

Colangite aguda litiásica com bacteriémia a Aeromonas caviae

Carina de Sousa(1);Bernardo Tourais Canhão(1);Emília Louro(1);Adélia Simão(1);Armando Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Aeromonas caviae (AC) é um bacilo Gram-negativo, do género Aeromonas spp, que pode ser isolado em praticamente todos os ecossistemas, como habitats aquáticos, solos naturais ou alimentos. A incidência populacional raramente foi relatada, variando entre 0,66 casos por milhão de habitantes em França e 76 casos por milhão de habitantes em Taiwan, sugerindo uma variação geográfica significativa. Estima-se que seja responsável por menos de 2% das infeções biliares.
Caso clínico: Homem, 60 anos, admitido por dor abdominal difusa tipo cólica, colúria, acolia fecal e 2 picos febris com 72 horas de evolução. Sem vómitos, viagens recentes, alteração da terapêutica habitual ou hábitos alcoólicos. Antecedentes pessoais de enfarte agudo do miocárdio. Ao exame objetivo, escleróticas ictéricas e abdómen indolor. Analiticamente, creatinina 1,53mg/dL (0,72-1,18mg/dL), bilirrubina total 6,8mg/dL, AST 7 vezes o limite superior do normal (LSN), ALT 10x LSN, fosfatase alcalina 1,5x LSN, GGT 14x LSN, proteína C-reativa 13,45mg/dL (<0,50mg/dL), neutrofilia. A ecografia abdominal revelou esteatose hepática e lama biliar. Ao 3.º dia de internamento, isolamento de AC multissensível em hemoculturas, mudando-se ertapenem empírico para ciprofloxacina, segundo antibiograma. Realizada ao 4.º dia de internamento, a colangiopancreatografia por ressonância magnética evidenciou cálculo não obstrutivo na via biliar principal, motivando a realização ao 8.º dia de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (pancreatite aguda como efeito secundário). Após o 11.º dia teve alta, melhorada clínica e laboratorialmente.
Discussão: Relata-se um caso de colangite com bacteriémia a AC, gérmen pouco frequente nesta situação clínica. As infeções do trato biliar por Aeromonas spp surgem em doentes com defeitos da drenagem biliar, seja por formação de cálculos, neoplasias, ou procedimentos cirúrgicos (incluindo transplante de fígado). Muitas vezes não há história de diarreia ou de ingestão de alimentos ou água contaminados.

P n.º 0746

Efeitos secundários da amioradona - quando a emenda é quase pior que o soneto

Patricia Manuela Fernandes(1);Ana Cláudia Cunha(1);Cláudia Diogo(1);Nádia Santos(1);Raquel Silva(1);Diana Fernandes(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA

Tema: Doenças cardiovasculares

Os autores apresentam o caso de um homem de 55 anos, autónomo, que recorre ao serviço de urgência por palpitações, intolerância ao esforço e ansiedade com meses de evolução e agravamento recente. A destacar antecedentes de insuficiência cardíaca de fracção de ejecção reduzida e fibrilhação auricular paroxística, medicado com rivaroxabano, amiodarona, sacubitril/valsartan e bisoprolol, sem acompanhamento nos últimos 3 anos. Na triagem com pulso de 133 bpm. Ao exame objectivo a destacar auscultação cardíaca irregular normocárdica, hipertensão, fácies ansioso e tremor de repouso, hiperpigmentação cutânea, sem sinais de sobrecarga. Dos exames complementares a destacar ECG com ritmo sinusal e extrassístoles ocasionais, radiografia torácica sem sinais de estase e análises sem alterações de relevo. Melhorado após benzodiazepina, sem novos episódios de taquicardia. Teve alta com titulação da terapêutica modificadora de prognóstico, manutenção da amiodarona, e indicação de contacto se se verificassem alterações da função tiroideia (pendente à data de alta). Dois dias depois contactado por TSH indoseável e T4 livre aumentada, iniciando tiamazol 10mg trid, lepicortinolo 20mg id, com pedido de ecografia tiroideia e doseamento dos anticorpos anti-tiroideus. A ecografia revelou tiróide sem nódulos e vascularização aumentada; analiticamente com aumento dos anticorpos anti-tiroglobulina; ambos os achados mais sugestivos de tireotoxicose tipo 1, com suspensão do corticóide. O doente apresentou melhoria clínica e analítica progressiva, com redução gradual do tiamazol e da amiodarona.
Este caso pretende pôr em evidência a toxicidade extracardíaca da amiodarona, e daí a importância de 1)dosear os anticorpos anti-tiroideus previamente à terapêutica, 2)controlar a função tiroideia pelo menos a cada 6 meses. A destacar também a importância do diagnóstico do subtipo de tireotoxicose, tendo em conta a diferença no tratamento, não sendo recomendada a suspensão abrupta da amiodarona.

P n.º 0751

Um caso de Linfoma com apresentação atípica

Vikesch Samji(1);Margarida Pereira(1);Catarina Cruz(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Os linfomas primários da parede torácica são raros, constituindo menos de 2% de todos os tumores nessa localização. Desenvolvem-se com frequência em doentes com doença pleurítica prévia, sendo o mais comum o Linfoma difuso de grandes células B.
Reportamos o caso de um homem de 84 anos, reformado de mecânico dos caminhos de ferro, com história de DPOC de etiologia tabágica e exposição profissional; paquipleurite em contexto de tuberculose pulmonar aos 16 anos e infecção considerada assintomática a SARS-COV2 em fevereiro de 2022. Medicado com perindopril, furosemida, brometo de aclidínio/formoterol, brometo de tiotrópio e budesonida. Foi internado por quadro de DPOC agudizada por Pneumonia adquirida da comunidade e Insuficiência cardíaca descompensada, com insuficiência respiratória parcial.
Á admissão foram objectivados duas massas palpáveis na parede torácica anterior e lateral esquerda, de dimensões 5x5cm e 4x4cm, respectivamente, de consistência dura, superfície lisa, indolores a palpação, sem outros sinais inflamatórios, que terão aparecido, segundo o doente, no contexto da infecção por SARS-COV2. Realizou TAC torácica que mostrou lesões expansivas na parede torácica esquerda, a maior na parede torácica lateral de extensão crânio-caudal 180mm e espessura de 60mm, a outra na parede anterior esquerda, de 82x18x68mm, com infiltração do pericárdio anterior e com remodelamento dos arcos costais. Revelou adenopatias volumosas axilares e na cadeia torácica interna à esquerda. Foi realizada biópsia que mostrou tratar-se de um Linfoma difuso de grandes células B, subtipo centro germinativo. Durante o internamento a destacar progressão tumoral para síndrome de lise tumoral tendo iniciado protocolo com metilprednisolona 500 mg e reforço de fluidoterapia, e transferido para o serviço de Hematologia onde iniciou quimioterapia. Ocorreu uma evolução desfavorável com falência multiorgânica, necessidade de hemodiálise, e consequente morte.
Em conclusão, a apresentação de Linfoma sob a forma de massa torácica é rara, embora agressivo, podendo ter agravamento e evolução rapidamente progressiva após a infecção por SARS-COV2.

P n.º 0756
Uma evolução galopante

Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Diana Silva Fernandes(1);Ana Rita Marques(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A maioria dos doentes com carcinoma gástrico apresenta-se com perda ponderal, náuseas, saciedade precoce ou disfagia, a dor abdominal, quando presente, é habitualmente epigástrica. As manifestações paraneoplásicas raramente surgem inicialmente, sendo mais comum os eventos trombóticos sucederem o diagnóstico.
Caso clínico: Homem de 75 anos com dislipidemia, medicado com sinvastatina. Recorreu à urgência por aparecimento de nódulo supraclavicular direita dolorosa, desconforto abdominal e perda ponderal com meses de evolução. Ao exame físico bom estado geral, nódulo supraclavicular direito palpável e doloroso e abdómen difusamente doloroso. Analiticamente, sem alterações. Ecografia cervical mostrou trombose da veia jugular externa direita, confirmada por tomografia computorizada (TC) cervical, que também demonstrou presença de múltiplas adenopatias jugulares, submandibulares e cervicais posteriores. A TC toracoabdominopélvica revelou várias adenopatias pericardiofrénicas, periesofágicas e mediastínicas suspeitas, carcinomatose peritoneal e um espessamento parietal do antro gástrico. O doente tinha realizado endoscopia digestiva alta (EDA) no mês anterior, descrita como normal. Realizada ecoendoscopia para biópsia dos gânglios paraesofágicos, que revelou um espessamento da parede do antro gástrico extenso e adenopatias perigástricas e periesofágicas. O resultado histológico concluiu tratar-se de adenocarcinoma gástrico com metastização ganglionar e o doente foi encaminhado para Grupo Oncológico.
Discussão: O doente apresentou-se com trombose venosa jugular e carcinomatose peritoneal, tendo sido necessário proceder-se a investigação da neoplasia primária. Apesar da EDA recente excluir neoplasia gástrica, procedeu-se a ecoendoscopia que revelou a presença de espessamento gástrico extenso e confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. Concluímos que não se pode excluir um diagnóstico à priori apesar de exames complementares recentes normais, dada a possibilidade de ausência de manifestações macroscópicas ou à evolução galopante de determinadas doenças.

P n.º 0757
Anemia Perniciosa “com um twist”
João Barbosa Barroso(1);João Frutuoso(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A anemia perniciosa consiste num défice de absorção de Vitamina B12, que tem na sua génese uma reação autoimune contra células parietais do estômago provocando acloridria e défice de fator intrínseco.
Consoante cronicidade, esta doença pode manifestar-se por macrocitose ou alteração de toda a linha medular e, em casos extremos, extensa hemólise.
Caso clínico
Homem, 62 anos, com história de hipotiroidismo (levotiroxina 50mcg), recorre ao serviço de urgência por astenia e ângor em crescendo. Ao exame objetivo destacavam-se, mucosas descoradas, escleras e pele com tom icteríco/flavinico, sem sinais de hiperdinamismo.
Em meios complementares de diagnóstico a referir: Anemia macrocítica, com hemoglobina de 5.1g/dl, volume globular médio 114fl., leucopenia 2.600/µl e trombocitopenia 98.000 µl; esfregaço de sangue periférico com anisocitose e neutrófilos hipersegmentados; défice de Vitamina B12 (72UI/L); Haptoglobina (0.07); teste de Coombs direto positivo; Anticorpos anti-células parietais do estômago e anti-factor intrínseco: positivos; TSH 34.311, FT4 0.73;
Tomografia de corpo sem alterações. Endoscopia digestiva alta evidenciou atrofia parietal do estômago.
Assumiu-se diagnóstico de anemia perniciosa e iniciou prednisolona 1mg/Kg/dia (por indicação de Hematologia e componente hemolítica), reposição de vitamina B12 endovenosa e suporte transfusional (necessidade de uma unidade de concentrado eritrocitário). Verificou-se melhoria clínica e analítica gradual, tendo sido referenciado a consulta de Medicina Interna e Hematologia.
Discussão
Com este caso pretende-se ilustrar que as carências vitamínicas têm um espectro de apresentações variável sendo os achados semiológicos fulcrais na investigação etiológica inicial. O doente apresentava indícios socio/epidemiológicos (viagem a países subsarianos, hipotiroidismo) compatíveis com outras patologias. Concomitantemente à marcha diagnóstica, houve integração constante de dados com a clinica, o que permitiu aumentar a celeridade do processo e alta mais atempada.
Deste modo, conclui-se, como já evidênciado em literatura científica prévia, que o défice de vitamina B12 pode cursar hemólise franca, não devendo esta alteração analítica excluir a hipótese diagnóstica em causa.

P n.º 0763

Lesão tumoral estenosante do reto

Ricardo Manuel Pereira(1);Mariana Moreira Azevedo(1);Fernando Guimarães(1);Dina Carvalho(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A fase mais avançada da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) propicia o aparecimento de infeções oportunistas (IO) e neoplasias. O sarcoma de Kaposi (SK) é o tumor mais frequente nestes doentes. A apresentação cutânea é a mais frequente, sendo incomum o envolvimento de outros órgãos na sua ausência. O citomegalovirus (CMV) continua a ser um agente oportunista importante, sendo a colite por CMV das principais manifestações clínicas.
Caso
Homem de 41 anos com comportamentos sexuais de risco, admitido em internamento por perda de peso, tenesmo, dor anal, retorragias com 2 meses de evolução e colonoscopia com lesão vegetante irregular no reto com estenose do lúmen, cuja histologia revelou lesão inflamatória sugestiva de infeção por CMV. Do estudo realizado, a destacar serologia positiva para VIH (carga viral 630678 copias/mL e linfócitos T CD4+ 15/mm3), testes não treponémicos positivos e infeção por CMV (carga viral 22322 copias/mL). Iniciou terapêutica com ganciclovir e penicilina (sífilis latente tardia). Apesar da terapêutica, manteve sintomas em agravamento, pelo que ao 19º dia foi alterado esquema para valganciclovir e realizou colonoscopia de reavaliação verificando-se escassa melhoria das lesões e tonalidade que evocou SK, confirmado histologicamente. Iniciou terapia antirretroviral (TARV) ao 22º dia internamento. Posteriormente, desenvolveu lesões cutâneas de SK nos membros superior e inferior direitos. Em reavaliação, aos 2 meses, apresentou franca melhoria clínica com TARV e doxorrubicina lipossomica.
Discussão
Os doentes em fase avançada da infeção VIH são propensos ao aparecimento de IO e neoplasias, não raro concomitantes, principalmente na ausência de TARV, ou com CD4<200/mm3 e carga viral alta. O diagnóstico precoce é fundamental. IO e SK a nível gastrointestinal podem apresentar sintomas similares tornando o diagnóstico desafiante, podendo atrasar o seu reconhecimento, como é ilustrado no presente caso.

P n.º 0771

Metastização cutânea de carcinoma de células renais

Carolina Brandão Monteiro(1);Sara Dâmaso(1);Ana Lúcia Costa(1);Lilia Savka(1);Raquel Boto(1);Nuno Reis Carreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A imunoterapia tem vindo a estabelecer-se na linha da frente do tratamento do carcinoma de células renais (CCR) metastático. No entanto, o inibidor da tirosina-quinase com ação antiangiogénica sunitinib continua a ser vastamente usado no grupo de risco favorável pelo International Metastatic RCC Database Consortium (IMDC) com uma mediana livre de progressão de 11 meses reportada em ensaios fase III e taxa de resposta entre os 30 e 50%.
Caso clínico: Homem, 62 anos, antecedente de CCR de células claras diagnosticado 9 anos antes, submetido a nefrectomia radical direita. Apresenta-se com uma massa de rápido crescimento no escalpe. A tomografia computadorizada (TC) revela múltiplas lesões osteolíticas nos ossos frontal e temporal e órbita direitos, bem como múltiplos nódulos pleurais e pulmonares, gânglios mediastínicos aumentados e metastização intramuscular. A biópsia da lesão do escalpe é compatível com metástase de CCR. Incluindo-se no grupo de risco favorável segundo o IMDC (metástases 9 anos após o diagnóstico, performance status > 80%, hemoglobina 14g/dL, cálcio 10.5mg/dL, 3.54x10^9/L neutrófilos e 249.000 plaquetas), iniciou 50mg diários de sunitinib 2 em cada 3 semanas. Por hipertensão arterial de difícil controlo e hipotiroidismo iatrogénico foi interrompido o tratamento aos 2 meses, otimizada a terapêutica anti-hipertensora e com levotiroxina e reiniciado sunitinib numa dose diária de 37.5mg com boa tolerância. Após 7 meses de terapêutica contínua, documenta-se resposta imagiológica completa.
Discussão: Este é um caso de CCR metastático com uma apresentação invulgar que alcançou resposta imagiológica completa sob sunitibnib, atualmente no 12º mês de tratamento sem evidência de doença ou efeitos adversos. Apesar dos agentes antiangiogénicos terem grande eficácia comprovada, na maioria dos casos a resposta é transitória com eventual progressão de doença. Respostas completas são reportadas em apenas 3 a 4 % dos doentes.

P n.º 0779

Uma causa inesperada de derrame pleural bilateral

Daniela Barbosa Mateus(1);Mariana Marques(1);Sofia Guerreiro Cruz(1);Jéssica Abreu(1);Joana Tavares Pereira(1);Leuta Araújo(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O derrame pleural (DP) é uma entidade muito comum e a sua etiologia é heterogénea. As causas mais comuns são insuficiência cardíaca (IC) congestiva, neoplasia e pneumonia.
Os autores apresentam um caso de DP bilateral recidivante num doente com IC em que a etiologia não é a esperada.

Caso Clínico:
Masculino, 80 anos, com história pessoal de AVC isquémico em 2014, IC com FEVE 48%, hipertensão arterial, dislipidemia, fibrilhação auricular paroxística, hiperplasia benigna da próstata. Medicado com furosemida, dabigatrano, alfuzosina, bisoprolol, omeprazol, candesartan.
Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, cansaço fácil a pequenos esforços, edema dos membros inferiores e aumento do volume abdominal com 6 dias de evolução. Alta há um mês por IC agudizada com DP bilateral. Perante o quadro clínico e após exames complementares, ficou internado por IC agudizada com DP bilateral sendo instituída terapêutica diurética.
Durante o internamento, verificou-se refratariedade do DP apesar dos diuréticos. Realizada toracocentese com drenagem de 1050ml de líquido serofibrinoso, alaranjado, compatível com exsudado, ADA aumentada(46,7 UI/L), exame cultural negativo. Concomitantemente, começou com picos febris diários vespertinos, urocultura e hemoculturas negativas. Submetido a nova toracocentese com biópsias pleurais, drenado líquido com as mesmas características do prévio, exame cultural negativo e pesquisa BK negativa. Anatomia patológica com achados compatíveis com inflamação crónica granulomatosa, com granulomas não caseosos, pesquisa de micobactérias negativa. Realizou TC tórax sem evidência de cavitações, IGRA negativo e broncofibroscopia para colheita de produtos.
Dada a suspeita clínica, iniciou terapêutica anti-bacilar empírica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e piridoxina.
Posteriormente, confirmou-se a suspeita de tuberculose, com isolamento na cultura de secreções brônquicas de Mycobacterium tuberculosis, mantendo terapêutica durante 9 meses, com evolução favorável.

Conclusão:
Com este caso, pretende-se alertar para o estudo do DP, apesar da suspeita clínica inicial, reforçando a premissa de realização de toracocentese nos DP refratários à terapêutica diurética, dado o extenso leque de etiologias variadas para esta entidade.

P n.º 0780

Síndrome de lise tumoral espontânea em neoplasia não diagnosticada

Dr. Ricardo Rodrigues(1);Christine Canizes(1);Telma Alves(1);Miguel Sequeira(1);João Rocha Gonçalves(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
A síndrome de lise tumor é uma emergência médica, rara, associada à destruição maciça de células neoplásicas. Apresento um caso de síndrome de lise tumoral espontânea numa doente sem quimioterapia previa e sem diagnostico prévio de neoplasia.

Caso clínico
Mulher de 54 A, sem antecedentes de relevo, referenciada à consulta de Medicina Interna no seguimento de avaliação pré-anestésica para cirurgia eletiva a hernia inguinal, por queixas de perda ponderal significativa e alargamento do mediastino superior em radiografia de tórax. Na consulta, a doente referiu agravamento clínico significativo na semana anterior, apresentando franca polipneia e taquicardia para pequenos esforços (caminhada de 30m). Apresentava ainda hipotensão severa. Foi encaminhada para o serviço de urgência. Gasimetria inicial apresentava pH normal mas com acidose metabólica grave (bicarbonato de 10.3 mmol/L, lactatos de 10 mmol/L) com alcalose respiratória (pCO2 19.5mmHg), anemia ligeira (10.3 g/Dl) e hipercalemia (5.2 mmol/L).
O controlo analítico revelou adicionalmente lesão renal aguda (creatinina de 2.3 mg/dL), hiperuricemia de 14.5 mg/dL, cálcio de 8.2 mg/dL, magnésio de 1.3 mg/dL, LDH de 2445 U/L e PCR de 19.54 mg/dL.A TC de tórax revelou múltiplas adenopatias mediastinais, abdominais e pélvicas. Foi assumido o diagnóstico de síndrome de lise tumoral espontaneo em contexto de neoplasia hematológica não diagnosticada, tendo iniciado rasburicase. A doente foi, posteriormente, internada em unidade de cuidados intermédios. Após estabilização clínica, foi realizada biópsia de adenopatia axilar, que revelou o diagnóstico de linfoma de Hodgkin estádio IV-BX.

Discussão
Devido à elevada mortalidade de síndrome de lise tumoral, a sua identificação e tratamento precoces são cruciais. Devemos então ter um elevado nível de suspeita, mesmo em doentes que não estejam a realizar quimioterapia.

P n.º 0788
Carfilzomib como causa de elevação do segmento ST
Daniela Barbosa Mateus(1);António Carvalho(1);Rita Duarte(1);Leuta Araújo(1);Carlos Rabaçal(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
Os agentes quimioterápicos, nomeadamente os inibidores de proteossomas, utilizados no tratamento do mieloma múltiplo, têm elevado risco de doença cardiovascular.
Os autores relatam um caso de elevação de segmento ST secundária a angina vasoespástica decorrente do uso de carfilzomib.

Caso Clínico:
Masculino, 63 anos, autónomo. Com história pessoal de mieloma múltiplo IgG lambda com diagnóstico em Fevereiro de 2012 (estadio IIA), desde Maio de 2021 sob quimioterapia com carfilzomib 120mg semanal. Medicado com esomeprazol 40mg, aciclovir 400mg, tapentadol 50mg.
Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dor retroesternal com irradiação para o membro superior esquerdo, iniciada em repouso com 10 horas de evolução. Hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca rítmica, sem sopros, sem outras alterações valorizáveis ao exame objetivo. Dos exames efetuados, a salientar - electrocardiograma com taquicardia sinusal (107 bpm), supradesnivelamento do ST (>2mm do ponto J) em V2-V4 com ondas T hiperagudas; ecocardiograma com hipo-acinésia do ápex e dos segmentos apicais do septo, da parede anterior e da parede inferior; função sistólica global conservada; cavidades cardíacas não dilatadas; estruturas valvulares sem alterações morfo-funcionais aparentes.
Transferiu-se o doente para um centro com capacidade para cateterismo cardíaco emergente. Observaram-se artérias coronárias sem lesões angiograficamente aparentes, ventriculografia que revelou boa função ventricular com hipocinésia apical e estudo funcional da descendente anterior com reatividade a acetilcolina, favorecendo a hipótese diagnóstica de angina vasoespástica coronária epicárdica.
À posteriori, resultado de troponina I 5,4pg/mL, atingindo valor máximo de 58pg/ml durante o internamento.
Assumiu-se angina vasoespástica secundária a carfilzomib.
Iniciada terapêutica vasodilatadora com boa evolução clínica, sem recorrência de angor.

Conclusão:
Com este trabalho, os autores pretendem alertar para os efeitos cardiovasculares nefastos com a utilização dos agentes quimioterápicos, neste caso o carfilzomib.

P n.º 0797

UMA CAUSA INFREQUENTE DE NEOPLASIA DO PULMÃO

André Filipe Conchinha(1);Sofia Picão Eusébio(1);Raquel Soares(1);Sofia Cunha(1);Pedro Fiúza(1);José Sousa(1);Lourenço Cruz(1);Tiago Pack(1);Afonso Rodrigues(1);Teresa Ferreira(1);Filipa Canedo(1);António Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) é o linfoma mais comum, sendo rapidamente fatal se não tratado. Reportamos um caso de LDCBG sem o habitual envolvimento hepático e esplénico, mas com envolvimento do SNC, numa doente VIH positiva.
Caso Clínico: Mulher, 57 anos, natural da Guiné-Bissau, autónoma. Sem antecedentes de relevo. Referenciada ao Serviço de Urgência (SU) pelo médico assistente por alterações radiográficas sugestivas de neoplasia pulmonar, reportando quadro de cansaço, perda ponderal e massa nodular na região interna da coxa direita, com 6 meses de evolução. Exames complementares no SU a enaltecer: hemoglobina 5 g/dl; leucocitose e PCR de 101 mg/l; TC de tórax com adenopatias mediastínicas e focos de consolidação à direita de contornos espiculados. Realizou pesquisa de BAAR na expetoração, hemoculturas e antigenúrias que se revelaram negativos. Por provável neoplasia do pulmão é decidido internamento em Medicina para estudo complementar. Efectuou broncofibroscopia, evidenciando tumor endobrônquico, e RM cranioencefálica com lesões intraparenquimatosas sugestivas de secundarização. As biópsias de fragmento brônquico e de adenopatia inguinal foram diagnósticas para LDCBG de tipo germinativo, com expressão de CD20. PET sem captação noutras topografias além das descritas. VIH 2 positivo, com contagem de CD4 de 65.13 cél./µl. Revisão de caso com Infecciologia e Hematologia, tendo iniciado antirretrovirais (tenofovir/emtricitabina + dolutegravir) e CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona), sem rituximab, por carga viral VIH não controlada. Alta para domicílio referenciada para consultas de Medicina, de Infecciologia e de Hematologia.
Discussão: Os autores enaltecem este caso por ilustrar uma etiologia infrequente de neoplasia pulmonar. Neste caso de LDCGB não se verificou o habitual envolvimento dos órgãos do sistema reticuloendotelial, registando-se envolvimento do SNC o que ocorre mais comummente em algumas condições como perante infecção VIH.

P n.º 0802

Adenoma da paratiroide: Um incidentaloma ecográfico

Caroline Soares(1);Joaquim Milheiro(1);Carolina Anjo(1);Filipa Reis(1);Ana Lemos(1);Adelino Carragoso(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O Hiperparatiroidismo Primário é um distúrbio endócrino comum que se caracteriza por hipercalcemia e níveis elevados ou inapropriadamente normais de hormona paratiroide. Em cerca de 80% dos doentes é causado por um adenoma solitário da paratiroide. A apresentação clínica é variada sendo cada vez mais diagnosticada em fase assintomática.
Caso Clínico: Utente do sexo feminino, 48 anos, previamente saúdavel e medicada com anticoncecional oral foi encaminhada para consulta de Medicina Interna por suspeita de nódulo paratiroideu em ecografia tiroidea realizada por rotina ("junto ao polo inferior do lobo direito evidencia-se uma formação ovular hipoecogénica, de contornos regulares, com cerca de 5x6x12mm"). Sem queixas clínicas. Analiticamente com ligeira hipercalcemia (Ca não corrigido 11.1mg/dL) e PTH inapropriadamente normal (PTH 74ng/L). Foi pedida cintigrafia das paratiroides que mostrou "alteração cintigráfica sugestiva de paratiroide hiperfuncionante inferior direita" que integrada com os resultados analíticos e ecográficos corroborou a suspeita de adenoma da paratiroide. Realizada densitometria óssea com T-score coluna lombar -3.9 e colo do fémur -2.3. Dado tratar-se de uma mulher, com >40 anos, com osteoporose foi decidia realização de paratiroidectomia que realizou sem intercorrências e com normalização da calcemia. A histologia da peça cirúrgica comprovou tratar-se de um adenoma com excisão total. Foi medicada com ácido alendrónico e colecalciferol com indicação para repetir densitometria no médico de família dentro de 1 ano para decisão da necessidade de manter bifosfonato. À data de alta da consulta a doente mantinha-se assintomática e sem outras alterações.
Discussão: As alterações do metabolismo do cálcio devem ser atentamente vigiadas e estudadas de forma a evitar complicações major e irreversíveis. Atualmente o único tratamento curativo é cirúrgico.

P n.º 0806

Fração de Ejeção de 7% e o novo algoritmo de tratamento da Insuficiência cardíaca: um caso clinico

Vanessa Novais de Carvalho(1);Bruno Santos(1);Ligia Mendes(1);Francisco Moscoso Costa(1);Jose Nuno Raposo(1)
(1) Hospital da Luz Setúbal / Hospital de Santiago

Tema: Doenças cardiovasculares

O tratamento da Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção (FEVE) reduzida assenta, segundo as últimas recomendações, em 4 pilares farmacológicos: antagonistas renina-angiotensina/inibidores neprilisina, bloqueadores betadrenérgicos, antagonistas mineralocorticóides e Inibidores do Cotransportador Sódio-Glicose 2 (iSGLT2). Estes fármacos modificadores de prognóstico devem ser introduzidos o mais precocemente possível e o internamento é o momento ideal para ínicio de tratamento.
Os autores apresentam o caso dum homem, de 57 anos, fumador e com síndrome depressivo, internado por quadro de astenia, cansaço para pequenos esforços, sensação de ortopneia, e edema nos membros inferiores com 2 meses de evolução. À observação o doente apresentava ingurgitamento venoso jugular, auscultação cardíaca rítmica, sem sopros ou extra-sons e múrmurio vesicular diminuído, com fervores crepitantes nas bases pulmonares e edemas dos membros inferiores (MI) até aos joelhos. Analiticamente detacava-se apenas NTproBNP 2770 pg/mL. O eletrocardiograma (ECG) documentava ritmo sinusal, com desvio esquerdo do eixo e QRS>130ms. O Ecocardiograma documentava ventriculo dilatado, com acinésia global e hipocinésia dos segmentos basais da parede inferior e infero-lateral, com FEVE severamente deprimida (FEVE de 7%). Foi iniciada desde a admissão terapêutica diurética endovenosa e introduzidos durante o internamento terapêutica modificadora de prognóstico com Ramipril, Espironolactona, Bisoprolol e Dapagliflozina. Para investigação etiológica, o doente realizou Angio-Tomografia coronária que documentou score cálcio de 0, excluindo etiologia isquémica e realizou Ressonância Magnética que documentou ventrículo esquerdo muito dilatado, com FEVE de 12% e padrão de realce tardio compatível com sequela de miocardite. Dado o elevado risco de morte súbita, o doente colocou ainda CDI. O doente evoluiu de forma favorável e teve alta após 7 dias, em classe NYHA II.
O caso clínico retrata um doente complexo, em que os autores revêm a gestão farmacológica recomendada nas últimas recomendações de tratamento da Insuficiência Cardiaca com FEVE reduzida, indicações para colocação de dispositivos cardíacos e discutem possíveis causas etiológicas, nomeadamente relação de miocardite com vacinas COVID.

P n.º 0807

Um caso de anemia perniciosa com anemia hemolítica autoimune concomitante

Guilherme Sacramento(1);Sara Rosa(1);Miguel Santos(1);Pedro Leal(1);Diogo Domingos(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças hematológicas

A anemia perniciosa é uma doença autoimune provocada por anticorpos anti-célula parietal ou anticorpos anti-fator intrínseco que conduzem à diminuição da absorção de vitamina b12 no ileo terminal. Este tipo de anemia pode levar a hemólise intramedular, contudo não está associada à presença de um teste de Coombs direto positivo que traduz o diagnóstico de uma anemia hemolítica autoimune.
Apresenta-se um caso de uma doente com uma anemia perniciosa que de forma simultânea apresentou uma anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes.
Uma mulher de 65 anos recorreu ao serviço de urgência por um quadro de astenia, dor nos membros inferiores bilateral constante, icterícia notada das esclerótica e dispneia para pequenos esforços. Ao exame objetivo apresentava palidez e icterícia das esclerótica. A avaliação laboratorial revelou Hemoglobina 3.5g/dl; Volume globular médio 123.6fL, RDW 29.1%, percentagem de reticulócitos de 13.9%, haptoglobina<10 mg/dL, LDH 8895 U/L, ferro 244 ug/dL, ferritina 3017 ng/mL, folatos 36.8 nmol/L, vitamina B12 101 pmol/L. Foi pedido um teste de Coombs direto que confirmou o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes sendo positivo para IgG.
Na investigação do défice de vitamina B12 detetaram-se anticorpos anti-fator intrínseco, assumindo-se o diagnóstico de anemia perniciosa concomitante.
Foi feito suporte transfusional tendo iniciado prednisolona para o tratamento da anemia hemolítica autoimune e cianocobalamina parentérica pela anemia perniciosa com subida do valor de hemoglobina.
A associação da anemia perniciosa com anemia hemolítica autoimune a aglutininas quentes é rara sendo importante a diferenciação etiológica para um tratamento eficaz. Na anemia perniciosa com hemólise o tratamento passa apenas pela suplementação com vitamina B12 enquanto, neste caso, foi também necessário tratamento com corticosteroides pela presença simultânea de anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes (IgG).

P n.º 0812

Hérnia do Hiato - Uma Causa de Alterações Dinâmicas do ECG

Diogo Almeida Domingos(1);Sara Rosa(1);Maria Rita Lima(1);Guilherme Sacramento(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: As síndromes coronárias agudas (SCA) são eventos potencialmente fatais, pelo que o diagnóstico precoce é importante, mas a sua apresentação clínica pode-se confundir com outras entidades.
CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de uma mulher de 77 anos, com antecedentes pessoais de hérnia diafragmática, síndrome demencial e asma, sem fatores de risco cardiovasculares, internada no Serviço de Medicina Interna por pneumonia a SARS-CoV-2. Ao 20º dia de internamento, inicia quadro de precordialgia e taquicardia, tendo sido realizado eletrocardiograma que evidenciava inversão das ondas T nas derivações DII, DIII e aVF, ocasionalmente em associação com ondas P indentadas, sem ondas Q, e avaliação analítica com elevação dos marcadores séricos de isquémia miocárdica. Na subsequente avaliação diagnóstica, salienta-se Holter de 24h a documentar sístoles prematuras ventriculares muito frequentes, com períodos de bigeminismo, e ecocardiograma sem alterações segmentares da contratilidade cardíaca.
Perante os antecedentes da doente foi solicitada TC torácica tendo-se verificado volumosa hérnia do hiato esofágico, atingindo quase o nível da bifurcação traqueal, com 12,8 cm x 19 cm), contendo integralmente o estômago assim como grande parte do cólon transverso, com evidente compressão cardíaca.
Assumiu-se como mais provável a hipótese das alterações do ECG e de elevação das troponinas terem sido condicionadas pela compressão causada pela hérnia. Apesar de existir indicação clínica, não existiam condições cirúrgicas, pelo que foi feito reforço da terapêutica procinética, IBP e laxante com melhoria das queixas de toracalgia.

DISCUSSÃO: A hérnia do hiato é uma causa rara, mas frequentemente descrita, de alterações clínicas e eletrocardiográficas que podem mimetizar SCA, dificultando o diagnóstico diferencial entre as duas entidades. O tratamento cirúrgico é frequentemente bem sucedido na correção das alterações cardíacas.

P n.º 0817

Quando não é só uma dor lombar: um caso de Mieloma Múltiplo

Inês Salvado de Carvalho(1);João Barros Rodrigues(1);Ruben Rego Salgueiro(1);Jéssica Fidalgo(1);Joana Caires(1);Maria João Baldo(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é caracterizado por uma proliferação maligna de células plasmáticas com origem num único clone, de etiologia desconhecida. Descrição: Doente do sexo feminino, 78 anos, autónoma, testemunha de jeová, recorre ao SU por dor na região lombar, irradiação para membro inferior esquerdo, intermitente, agravava com o movimento, com início insidioso há 1 ano, agravou nos últimos 4 meses. Sem outros sintomas. Negava história de queda ou traumatismo. Objetivamente, com dor a palpação na região lombar que agravava com o movimento. Antecedentes pessoais de relevo: Hipertensão; Dislipidemia; Carcinoma in situ de baixo grau da mama, realizou mastectomia direita 2007, sem quimio/radioterapia; Neoplasia do ovário, realizou histerectomia e anexectomia 1997. Analiticamente: anemia normocitica normocrómica (NN); TC lombar: alteração morfoestrutural difusa no corpo e arco posterior da globalidade dos elementos ósseos vertebrais, incluindo arcos costais, traduzida por lesões de natureza mista, predominantemente osteolítica com rotura cortical óssea e achatamento vertebral. Por suspeita de neoplasia oculta com metástases ósseas foi pedida consulta de Medicina Interna. Em consulta, referia lombalgia, astenia e perda de peso (6Kg em 6 meses). Analiticamente, anemia NN (Hb 7.8g/dl, VCM 91.1Fl, HCM 28.1pg, CHCM 31g/dl); trombocitopenia (135 10^3/Ul); creatinina 1.09mg/dl; hipercalcemia (cálcio 12.700mg/dl, cálcio ionizado 6.49mg/dl); LDH 237U/L; fatores hematinicos: ferritina 390ng/dL, IST 26%; eletroforese das proteínas: componente monoclonal IgD Lambda, imunofixação: IgD > 6656mg/dl; cadeias leves (CL) lambda 1032.8mg/dl e kappa 114mg/dl, ratio 0.1111; CL livres lambda 821mg/dl e kappa 0.6mg/dl, ratio 0.00007; beta2 microglobulina 1.25mg/dl. Realizou: Mamografia: sem alterações de relevo; Medulograma: amostra hipercelular com 58.1% infiltrada por plasmócitos; Imunofenotipagem: presença de 5.6% de plasmócitos todos com fenótipo diferente do normal. Alterações que confirmaram o diagnóstico de MM IgD Lambda. Conclusão: O MM é a segunda neoplasia hematológica mais comum. Pode apresentar diferentes subtipos, sendo que o subtipo IgD raro. Clinicamente, apresenta-se com dor ou fratura óssea, anemia, aumento da creatinina, hipercalcemia e perda de peso.

P n.º 0818

Metastização cerebral como apresentação inicial de um adenocarcinoma gástrico

Guilherme Sacramento(1);Sara Rosa(1);Miguel Santos(1);Pedro Leal(1);Margarida Pereira(1);Diogo Domingos(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores cerebrais são massas de células anormais cuja principal etiologia corresponde a metástases de outro tumor primário. Na grande maioria, o tumor primário localiza-se no pulmão, sendo outros locais de origem frequentes: mama, pele, rim, colon e reto, pâncreas e testículo. É raro um tumor de origem gástrica levar a metastização cerebral (apenas entre 0.47-0.7% dos casos). Apresenta-se, contudo, um caso de adenocarcinoma gástrico em que a manifestação inicial do quadro foi a metastização cerebral.
Um homem de 47 anos, previamente saudável, apresentou-se no Serviço de Urgência, com queixas de cefaleia intensa de novo que não cedia a analgesia. Da história clinica apurava-se apenas uma disfagia para sólidos com 2 semanas de evolução que o doente não valorizava. Foi pedida uma TAC crânio-encefálica que documentou 3 nódulos captantes de contraste no hemisfério cerebeloso direito, esquerdo e topografia supratentorial, compatíveis com metástases cerebrais.
Para estudo do tumor primário foi pedida TAC toraco-abdomino-pélvica que apenas documentou uma lesão captante de contraste com zonas de necrose na pequena curvatura gástrica com múltiplas formações adenopáticas adjacentes. O doente realizou endoscopia digestiva alta para biópsia da lesão que revelou um adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado que se assumiu como o tumor primário. Foi ainda realizada PET que não evidenciou outro tumor primário e que corroborou o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico com metastização cerebral e hepática (na altura não documentada na TAC).
Salienta-se a importância do caso descrito pela raridade clínica de se encontrar um cancro gástrico com metastização cerebral, o que pode levar a dúvidas no diagnóstico do tumor primário e atrasos no início do tratamento para reduzir a progressão de uma doença que apresenta uma elevada mortalidade.

P n.º 0827

Febre sem foco e o dilema da antibioterapia empírica

Stéphane Olivier(1);Beatriz Malafaya(1);Ana Neri Fialho(1);Jorge Miguel Mimoso(1);Teresa Manuela Ferreira(1);Mauro Calhindro(1);Marta Segurado Duarte(1);Dília Valente(1);Nuno Vieira(1);Maria José Grade(1);José Gallardo(1);Helena Rita(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória autoimune com atingimento multiorgânico, que cursa com remissões e recorrências de gravidade variável, caracterizada pela formação de autoanticorpos antinucleares (ANA), acumulação de complexos imunes nos capilares e destruição celular imunomediada.
Os autores descrevem o caso de um homem de 65 anos com toracalgia do tipo pleurítica, febre vespertina, poliartralgia de ritmo inflamatório, mal-estar geral, anorexia, astenia, perda ponderal e edema dos membros inferiores com 2 meses de evolução. Após ter sido submetido a vários ciclos de antibioterapia por febre persistente sem foco, recorreu novamente ao serviço de urgência com exantema fotossensível indolor do tronco, que associava a insolação.
Do estudo analítico, salientava-se anemia de padrão inflamatório, lesão renal aguda, elevação dos parâmetros inflamatórios, proteinúria nefrítica, ANA e anti-double stranded DNA positivos e consumo do fator de complemento C3. Foram colhidas urocultura e hemoculturas cujos resultados foram negativos. Realizou ecografia renal e abdominal, eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico sem alterações relevantes. Posteriormente, a ecoscopia cardíaca revelou derrames pleural bilateral e pericárdico ligeiros.
Tendo em conta os achados descritos, admitiu-se diagnóstico inaugural de LES, cumprindo critérios clínicos e imunológicos. Iniciou terapêutica com prednisolona e hidroxicloroquina, tendo-se verificado uma rápida melhoria clínica e analítica, consistente após o desmame da mesma.
Não obstante a maior prevalência em mulheres jovens, é importante referir que, considerando a faixa etária pós-menopausa, o LES constitui uma potencial causa de febre sem foco em homens que manifestam quadro constitucional e doença multisistémica resistente à antibioterapia empírica.
Por este motivo, pelo prognóstico favorável, para evitar cursos supérfluos de antibioterapia e a progressão da doença, esta hipótese deve ser atempadamente considerada e tratada.

P n.º 0828

Um caso de hipercalcemia – Um doente, três causas para o mesmo problema

Guilherme Sacramento(1);Sara Rosa(1);Miguel Santos(1);Pedro Leal(1);Diogo Domingos(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hipercalcemia define-se pelos níveis séricos elevados de cálcio (Ca total > 10,5 mg/dL ou Ca2+ ionizado > 5,25 mg/dL). As causas desta patologia podem ser divididas em PTH mediadas – entre as quais se encontra o hiperparatiroidismo primário, a causa mais frequente – e não PTH mediadas.
Caso: Mulher de 54 anos com antecedentes pessoais de hipertensão medicada com hidroclorotiazida foi referenciada a consulta de Medicina Interna da consulta de Hepatologia por aumento da isoenzima óssea da fosfatase alcalina (FA) de etiologia a esclarecer. Na anamnese apuraram-se queixas inespecíficas de astenia com fraqueza muscular, palpitações e história de nefrolitíase. Da avaliação analítica destacava-se uma FA total de 230 U/L e uma FA óssea 157 U/L (68%), associadas a uma hipercalcemia com Ca2+ de 11.5 mg/dL e P 2.8 mg/dL.
Do estudo etiológico apurou-se hipertiroidismo primário com TSH < 0.008 mcUI/mL, T3L 14.8 pmol/L, T4L 26.5 pmol/L e hiperparatiroidismo primário concomitante com uma PTHi 79.5 pg/mL. Realizou ecografia tiroideia onde se documentou um aumento de dimensões de forma heterogénea com vários nódulos bem delimitados, hipoecogénicos e predominantemente sólidos tendo sido pedida cintigrafia tiroideia que confirmou o diagnóstico de bócio multinodular tóxico.
Foi suspensa a terapêutica com hidroclorotiazida, tendo a doente sido medicada com tiamazol e recomendada hidratação vigorosa, sendo referenciada às consultas de Endocrinologia e Cirurgia Endócrina por bócio multinodular tóxico e hiperparatiroidismo primário com indicação cirúrgica.
Conclusão: Este caso ilustra como o estudo sistemático das diferentes etiologias de uma patologia permite chegar a mais do que um diagnóstico, neste caso uma hipercalcemia secundária a hiperplasia das paratiroides, tirotoxicose por bócio multinodular tóxico e terapêutica com um diurético tiazídico.

P n.º 0830

Da hiponatrémia ao carcinoma do pulmão: a propósito de um caso clínico

Catarina Tavares Valente(1);Jéssica Fidalgo(1);Luís Afonso Santos(1);Rúben Rêgo Salgueiro(1);Miguel Lázaro Mendes(1);Daniela Silva(2);Sónia Coelho(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE / Hospital Santa Luzia de Elvas

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hiponatrémia é um distúrbio hidroeletrolítico comum, sendo a hipotónica a mais frequente, com etiologia variada. No doente euvolémico, o síndrome da secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) surge como principal entidade, devendo considerar-se a patologia neoplásica na sua avaliação diagnóstica.
Caso clínico: Mulher, 93 anos, parcialmente dependente. Antecedentes de hipertensão e bronquite crónica. Trazida ao Serviço de Urgência por lentificação psicomotora e alteração comportamental com um dia de evolução. Episódio único de vómito e diarreia. Tosse produtiva não eficaz há uma semana. Exame físico: vigil, desorientada, lentificada, normotensa, sem edemas periféricos. Exame neurológico sem outras alterações. Análises: hiponatrémia grave (Na+ 106 mg/dL) hipotónica (osmolaridade sérica 239 mOsm/kg), sem outras alterações. Tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica sem alterações. Pela tosse persistente, gravidade da hiponatrémia na ausência de iatrogenia medicamentosa e clínica sugestiva de outras causas de hiponatrémia euvolémica considerou-se a possibilidade de SIADH secundário a provável neoplasia do pulmão. Radiografia do tórax: infiltrado nodular peri-hilar esquerdo. TC tórax: lesão nodular (5 cm) peri-hilar superior esquerda, suspeita, múltiplos nódulos satélites; adenomegálias mediastínicas múltiplas suspeitas. Iniciou correção da hiponatrémia com furosemida e soro fisiológico. Avaliada pela Pneumologia: após discussão do caso com a família optou-se por não avançar com estudo diagnóstico. Ficou internada com melhoria progressiva da natremia e do estado de consciência. Estudo complementar: função tiroideia e eixo supra-renal sem alterações, sugerindo hipótese diagnóstica de SIADH paraneoplásico.
Discussão: Discute-se este caso para destacar a importância do SIADH como principal etiologia da hiponatrémia euvolémica. No presente caso a hiponatrémia surge como primeira manifestação de neoplasia do pulmão, sendo esta, segundo a literatura, uma forma de apresentação inaugural rara.

P n.º 0834

Singultos – sintoma principal num caso de AVC isquémico supratentorial

Constantin Sitari(1);Joana Massa Pereira(1);Nina Den Boer(1);João Pires Santos(1);Ana Luisa André(1);Conceiçaõ Viegas(1);José Manuel Ferreira(1)
(1) HOSPITAL FARO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Os singultos são contrações síncronas do diafragma seguidas de fecho súbito da glote, consequentes da estimulação dos componentes do arco reflexo. Este tem três elementos: via aferente; “centro do singulto” e via eferente. As regiões subcorticais adjacentes ao córtex insular, gânglios basais, cápsula interna e corona radiata estão envolvidas no seu controlo inibitório. Em caso de AVC, o singulto relaciona-se com lesões no tronco cerebral. Porém foram relatados alguns casos associados ao AVC supratentorial. O tratamento é baseado na farmacoterapia com cloropromazina, haloperidol, gabapentina e baclofeno. Se ineficaz pode recorrer-se ao bloqueio do nervo frénico ou vago. Caso clínico: Homem, 80 anos, recorre ao SU por singultos e desequilíbrio com 2 dias de evolução. Como antecedentes pre´-diabetes não medicado. O TAC-CE mostrou hipodensidade cortico-subcortical frontal me´dia, parietal superior e occipital a` direita. NIHSS 0. Sem critérios para trombólise. Iniciou cloropromazina 25mg 8/8h para controlo de singultos, que foi ineficaz, com troca para gabapentina 100mg 8/8h com resolução clínica. A RMN-CE confirmou AVC isquémico da ACM direita, envolvendo o territo´rio profundo (corona radiata e regia~o lenti´culo-capsular direita) e ACP direita. O estudo do AVC foi inconclusivo. Excluídas outras causas de singultos: psiquiátricas – ausência de sintomatologia; metabólicas – analiticamente sem alterações; tóxicas e infeciosas – sem hábitos toxifílicos e parâmetros inflamatórios negativos; torácicas e abdominais – sem queixas relacionadas; excluída patologia otorrinolaringológica. Alta clinicamente melhorado, mantendo gabapentina. Discussão: O singulto é uma manifestação rara de AVC, mais frequentemente associada ao AVC do tronco cerebral, foram relatados alguns casos relacionados com o AVC supratentorial. O diagnóstico carece exclusão de outras causas de singultos. A farmacoterapia é essencial no controlo dos sintomas.

P n.º 0839

Nem tudo o que reluz é ouro

Susana Matias(1);João da Luz(1);Melanie Ferreira(1);Sílvia Pereira(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças oncológicas

O derrame pleural é um dos diagnósticos diferenciais prediletos da medicina interna, com uma vasta lista de diagnósticos associados. As de etiologia maligna são a segunda causa mais frequente de derrame pleural e afetam cerca de 15% dos doentes com neoplasias. As mais associadas são a do pulmão, da mama e os linfomas. A sua presença associa-se a doença avançada. Por vezes, o diagnóstico da neoplasia primária é complexo, exigindo vários exames complementares de diagnóstico e procedimentos invasivos.
Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 65 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e hipotiroidismo. Admitida por quadro de perda ponderal (63»55kg) em 6 meses, astenia, dispneia e toracalgia esquerda. Semiologia de derrame pleural esquerdo, comprovado em radiografia de tórax com evidência de pulmão branco esquerdo. Analiticamente a destacar, anemia normocítica/normocrómica, trombocitose ligeira, leucocitose com aumento PCR e hiponatremia ligeira (128 mmol/L). Realizou tomografia tóraco-abdómino-pélvica que relatou um realce nodular na vertente posterior da pleura costal, alguns nódulos pulmonares à direita e várias adenopatias suspeitas nas cadeias mediastínicas e abdominais. Efetuado toracocentese com saída de líquido pleural compatível com exsudado, com presença de linfocitos suspeitos com apoptoses, células mesoteliais reativas, ADA aumentada e estudo micobacteriológico negativo. Resultado anatomo-patológico de biópsia pleural sem evidência de tecido neoplásico. Por início de metrorragia de novo, foi realizada biópsia endometrial que revelou um carcinosarcoma do útero de alto grau.
Este caso clínico destaca-se pela apresentação atípica de uma neoplasia rara, mostrando que por vezes o diagnóstico diferencial de um derrame pleural pode ser moroso e complexo, obrigando a estar atento aos pequenos detalhes.

P n.º 0848

ARC-HBR score predicts the risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation

Filipa Gerardo(1);Aurora Monteiro(1);Inês Miranda(1);Joana Simões(1);David Roque(1);Daniel Faria(1);João Augusto(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction: The Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC-HBR) initiative aims to define HBR in patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI). Twenty clinical criteria are identified as major or minor by consensus and patients are considered to be at HBR if at least 1 major or 2 minor criteria are met. HEMORR2HAGES is used to predict HBR in patients with atrial fibrillation (AF), as the benefits of anticoagulation come at the cost of an increased risk of bleeding.
Objective: This study aims to validate the ARC-HBR predicting scheme in patients with AF and compare them with the HEMORR2HAGES predicting scheme in assessing bleeding risk.
Methods: In this single-centre retrospective study, 2181 consecutive patients with AF who were evaluated in our emergency department (ED) between June 2014 and December 2015 were analyzed. Among them, 423 patients were admitted for in-hospital management. Clinical characteristics, interventions, blood markers and bleeding outcomes were recorded. The primary outcome was clinically relevant bleeding, defined as Bleeding Academic Research Consortium (BARC) 2, 3 or 5 bleeding, during a follow-up period of 12 months. HEMORR2HAGES predicting scheme was compared to ARC-HBR major criteria only predicting scheme using receiver-operator characteristics (ROC) curve.
Results: Follow up was possible in 422 patients (99.8%), mean age was 72.8 ± 12.4 years and 174 (41.1%) were males. Bleeding occurred in 15 (3.6%) of cases, of which 9 (60%) required a blood transfusion. The discriminative ability of the ARC-HBR major criteria was good. Using ROC analysis, the area under the curve for HEMORR2HAGES was 0.871 ($p<0.001$; 95% confidence interval [CI] 0.793-0.950) and for ARC-HBR major criteria was 0.810 ($p<0.001$, 95% CI 0.730-0.890). An ARC-HBR major only criteria score >1.5 has a sensitivity of 93.3% and a specificity of 68.1%.
Conclusions: In this single-centre study with patients hospitalized with atrial fibrillation, the ARC-HBR major criteria score performs similarly to HEMORR2HAGES in predicting bleeding risk.

P n.º 0855

Predicting non-invasive ventilation failure in acute heart failure patients

Filipa Gerardo(1);Inês Miranda(1);Joana Lopes(1);Mariana Passos(1);Inês Fialho(1);Marco Beringuilho(1);David Roque(1);João Augusto(1);Daniel Faria(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction: The majority of patients with acute heart failure (AHF) present with some degree of respiratory insufficiency due to pulmonary congestion. Non-invasive ventilation (NIV) can avoid the need for invasive mechanical ventilation (IMV) in some settings. However, it can also delay the time to orotracheal intubation and IMV, which worsens the short-term prognosis.
Objectives: To provide a simple and easy-to-perform score based on clinical and analytical parameters quickly obtainable at admission, and to access its performance to predict NIV failure.
Methods: In a retrospective, observational, single-center, case-control study, a total of 516 patients were admitted for AHF in the emergency room of a large urban hospital. All patients had data collected regarding demographics, clinical and laboratorial markers at admission. We followed-up patients to access NIV failure and in-hospital mortality. Multivariate analysis was performed to identify predictors of NIV failure. Discriminative power was accessed by receiver operating characteristic (ROC) curve.
Results: A total of 516 patients were included in the final analysis. Of those, 134 patients (25.9%) were treated with NIV and 16 of those (11.9%) had NIV failure with progression to IMV. In-hospital mortality was 8.9% (n=46). Stratified analysis was based on the approximate cut-off value for the last quartile. Based on the similar beta coefficient values for each variable, we attributed 1 point in the presence of each following conditions: arterial lactate concentration>2.5 mmol/L, PaO2/FiO2<250, blood pH<7.30, heart rate >140 bpm, with a total score range 0-4. Our model yielded a good performance in predicting NIV failure using ROC analysis (area under the curve 0.802, 95% confidence interval [CI] 0.754-0.833, p<0.001). A score of 1 or above had a sensitivity of 94% and a specificity of 53% in predicting NIV failure.
Conclusions: Our predictive model proved to be a simple and accessible tool with good performance to predict NIV failure in patients admitted for AHF.

P n.º 0857

Caso incomum de lesões esplénicas múltiplas

Catarina Joana Azevedo Batista Coelho(1);Gonçalo Guidi(1);André Ribeiro(1);Marta Barrigas(1);Joana Rocha(1);Pedro Cardoso(1);Beatriz Torres(1);Marta Rodríguez(1);Sandra Tavares(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os abscessos esplénicos são um evento clínico raro, sendo a disseminação hematógena a causa mais frequente.
Os autores apresentam o caso de um homem, 64 anos, autónomo. Avaliado na urgência por dor abdominal supramesocólica com 15 dias de evolução, associada a anorexia, náuseas e perda ponderal significativa. Negava alterações do trânsito gastrointestinal, vómitos, perdas hemáticas ou queixas urinárias.
Antecedentes de colecistectomia e pancreatectomia há 15 anos em França. DM tipo II (sob antidiabéticos orais) e tabagismo (40 UMA).
Objetivou-se febre, dor à palpação no hipocôndrio esquerdo, com plastron profundo, sem irritação peritoneal. Estável hemodinamicamente. Do estudo complementar na urgência salientar anemia normocítica/ normocrómica (Hb 10,60g/dL), leucocitose (32,25 x 10 ^3/ uL) neutrofilia e trombocitose (plaquetas 853 x 10 ^3/ uL). PCR 10,01mg/dL. Submetido a rastreio séptico.
Tomografia computadorizada abdomino-pélvico com contraste que revelou esplenomegalia heterogénea, com múltiplas lesões hipodensas e hipocaptantes parenquimatosas em relação com enfartes/coleções esplénicas de natureza indeterminada.
Propôs-se internamento no serviço de cirurgia, com antibiótico empírico (Piperacilina-Tazobactam e Metronidazol). Resultado das 3 hemoculturas: Bacilos gram negativos (Escherichia coli) apenas resistente a ampicilina e ticarcilina. O ecocardiograma transtorácico excluiu imagens sugestivas de vegetações, com FEVE 54%, sem alterações da cinética.
Ao 6º dia de internamento, reavaliação por ressonância magnética abdominal que revelou a confluência de algumas das coleções no polo superior, com 6 e 8 cm de comprimento, não existindo abcedação periesplénica.
Foi proposto para drenagem percutânea por radiologia de intervenção, impedida por pneumotórax iatrogénico na abordagem. Após resolução da complicação e persistindo o risco de rotura das coleções superiores a 7 cm foi proposto para esplenectomia bem sucedida.
O caso revela-se interessante pela existência de abscessos esplénicos múltiplos como única manifestação de septicemia por Escherichia Coli com ponto de partida indeterminado. Infeção incomum cuja abordagem terapêutica inclui antibioterapia endovenosa, drenagem percutânea guiada por imagem e quando insucessas esplenectomia.

P n.º 0863

PrOgnosis in Pulmonary Embolism (PoPE): 30-day mortality risk score

Filipa Gerardo(1);Inês Miranda(1);Joana Lopes(1);Mariana Passos(1);Inês Fialho(1);Hilaryano Ferreira(1);Marco Beringuilho(1);João Baltazar(1);Joana Simões(1);David Roque(1);Daniel Faria(1);João Augusto(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction: Several scoring systems have been developed for risk stratification in patients with acute pulmonary embolism (PE). The Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) and its simplified version (sPESI) are amongst the most used, but the high number of variables hinder its application in everyday practice.
Objective: Our aim was to derive an easy-to-perform score based on simple clinical and metabolic parameters obtained at admission to predict 30-day mortality in acute PE patients.
Methods: Retrospective study in 1115 patients with acute PE from two institutions (derivation cohort n=835, validation cohort n=280). Primary endpoint was all-cause mortality at 30 days. We derived and validated a multivariable risk score model and compared to other established scores.
Results: The primary endpoint occurred in 207 patients (18.6%). Our model included five variables weighted as follows: modified shock index ≥ 1.1 (OR 2.57, 95% confidence interval 1.68-3.92, p<0.001), altered mental status (OR 3.82, 2.50-5.83, p<0.001), serum lactate levels ≥ 2.50mmol/dL (OR 5.01, 3.25-7.72, p<0.001), age ≥ 80 years (OR 1.95, 1.26-3.03, p=0.003) and active cancer (OR 2.27, 1.45-3.56, p<0.001). The prognostic ability was superior to other scores (AUC 0.83 [0.79-0.87] vs 0.73 [0.67-0.79] in PESI and 0.70 [0.62-0.75] in sPESI, p<0.001) and its performance in the validation cohort was deemed good (73 events in 280 patients, 26.1%, AUC = 0.76, 0.71-0.82, p<0.0001) and also superior to other scores (p<0.05).
Conclusions: The PoPE score (https://tinyurl.com/ybsnka8s) is an easy and simple tool with superior performance to predict early mortality in patients admitted for PE.

P n.º 0869

Fusobacterium nucleatum: bacteriemia em doente neutropénico evoluindo para síndrome de Ritcher

Hugo Félix(1);Liliana r Santos(1);António Velha(1);Maria José Pires(1);Catarina Gonçalves(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Carolina Santos(1);Pedro Figueiredo(1);Lilia Savka(1);Carolina Carreiro(1);Marina Fonseca(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os doentes oncológicos submetidos a regimes intensivos de quimioterapia estão inerentemente suscetíveis a neutropenias graves e bacteriémias em geral por agentes aeróbios, mas, também, raramente, por anaeróbios, como o Fusobacterium nucleatum, agente Gram negativo, pertencente à flora bacteriana da orofaringe humana e responsável frequente de doença periodontal e gengival.
No caso aqui apresentado, encontramos, associada à neutropenia febril, mucosite ulcerativa da mucosa jugal. Trata-se de um homem com 54 anos com diagnóstico em 2018 de leucemia linfocitica crónica (LLC) de células B com del13q e del17p. Esteve sob tratamento com ibrutinib desde o diagnóstico até Fev.2021 altura em que notou aumento do número de adenopatias e da contagem de linfócitos (5000 para 63940 em 2 meses); o valor de LDH quadriplicou no mesmo período de tempo. Iniciou venetoclax (400mg/dia) que manteve até Jan.2022, sendo admitido no Serviço de Medicina Interna por neutropenia febril e perda ponderal de 10%. Apresentava mucosite grau III da cavidade oral e múltiplas caries dentárias. Laboratorialmente apresentava pancitopenia (Hb 6.3g/DL, leucócitos de 900 cels/mm3, com neutropenia, e plaquetas de 33000/mm3. Iniciou piperacilina-tazobactam após colheita de hemoculturas, revelando ao 4ºdia Fusobacterium nucleatum. O ecocardiograma excluiu endocardite e o doente teve alta clinica e laboratorialmente estável. Após resolução do quadro infecioso, surge uma electroforese com pico em beta-gama (1.8g/dL), o que, num doente com linfadenopatias rapidamente progressivas e aumento de LDH indicia uma síndrome de Richter (SR).
As bacteriemias a Fusobacterium, são raras mas, é fundamental a sua cobertura antibiótica na presença de lesão da mucosa nos doentes imunodepletados. A SR ocorre com evolução de LLC para linfoma difuso de grandes células B, é uma condição rara que obriga a um elevado grau de suspeita para se prosseguir na confirmação diagnóstica para uma terapêutica adequada.

P n.º 0874

Empiema pleural como complicação de abcesso dentário

Hugo Félix(1);Liliana r. Santos(1);Catarina Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Alexandra Wahnon(1);Lilia Savka(1);Ana Carolina Santos(1);Maria José Pires(1);Pedro Figueiredo(1);Marina Fonseca(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As infeções odontogénicas são frequentemente subestimadas tanto pelos doentes quanto pelos profissionais de saúde. Quando não tratadas os abcessos dentários podem resultar em complicações potencialmente fatais.
Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 54 anos, com antecedentes de asma brônquica e toxicofilia EV admitida por insuficiência respiratória tipo 1 e com auscultação pulmonar compatível com derrame pleural (era só à dtª ou dos 2 lados??) confirmado por radiografia do tórax. Por toracocentese à direita foi drenada volumosa coleção de líquido com características de empiema pleural com subsequente isolamento cultural de dois agentes: Prevotella sp. e Streptococcus anginosus. Iniciara já empiricamente amoxicilina + ácido clavulânico, antibiótico adequado de acordo com os antibiogramas, com melhoria clínica significativa. Identificou-se, como origem desta infeção, abcesso periodontal com drenagem de conteúdo purulento.
A infeção da cavidade pleural é uma patologia comum a nível global, com impacto relevante na mortalidade e morbilidade. O tratamento assenta em duas intervenções distintas e essenciais: a drenagem do líquido infetado e o início lesto de antibioticoterapia. Esta deve ser iniciada de forma empírica até identificação do agente causador. Entre os agentes mais comuns, salientam-se o Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae e Streptococcus viridans, sendo que a maioria dos empiemas apresenta etiologia não parapneumónica. Os seus fatores de risco relevantes são as infeções da cavidade oral e hábitos toxicofílicos/ etanólicos do/a doente. Este caso ilustra a importância da história clinica e do exame objectivo que permitiram suspeitar ab inicio de infeção odontogénica, como também demostra a necessidade de aumentar a consciencialização publica dos riscos inerentes à falta de higiene oral.

P n.º 0875

Síndrome da JUP: uma cólica renal alitiásica

André s. Carvalho(1);Margarida Gaudêncio(1);Maria Inês Bertão(1);Sara Joana Faria(1);Isabel Bessa(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução:
A cólica renal é um dos principais motivos de urgência. Apesar de 90% dos casos serem causados por litíase, existem outras etiologias a considerar, entre elas a síndrome da junção ureteropiélica (SJUP).
A SJUP é uma causa rara de uropatia obstrutiva no adulto que se define por uma obstrução ao fluxo urinário na transição entre o bacinete e o ureter proximal. É geralmente provocada por fibrose ureteral intrínseca, carcinomas uroteliais, traumatismos ou compressão ureteral extrínseca. A sua abordagem passa pela desobstrução cirúrgica urgente, prevenindo a ocorrência de hidronefrose e lesão renal rapidamente progressiva e irreversível, com risco sético associado.
Caso Clínico:
Homem de 64 anos admitido na Urgência por dor lombar esquerda com 15h de evolução. A dor era intensa e constante, com irradiação para o flanco ipsilateral e região periumbilical, sem posição antálgica ou cedência a analgesia, acompanhada de 4 episódios de vómito. Sem febre, hematúria, disúria ou polaquiúria. Antecedentes pessoais de cólica renal esquerda há 3 anos. Ao exame objetivo apresentava-se inquieto, com T 37.8ºC e desconforto à percussão costovertebral esquerda. Analiticamente sem elevação da creatinina ou dos parâmetros inflamatórios. Exame sumário de urina com eritrocitúria. Pela evidência ecográfica de acentuada dilatação do bacinete e cálices renais esquerdos (fig. 1), realizou uro-TC (fig. 2) que revelou marcada hidronefrose esquerda (bacinete com 49mm) sem dilatação ureteral – alterações compatíveis com síndrome da JUP. Atendendo aos achados foi iniciada antibioterapia profilática com cefixima e agendada ureteropieloplastia urgente.
Conclusão:
Perante um quadro sugestivo de cólica renal é fundamental a realização de exames de imagem, não só para documentar a presença de cálculos, mas sobretudo avaliar a morfologia do aparelho excretor na sua globalidade. Só assim se poderão excluir etiologias atípicas como a síndrome da JUP, merecedoras de intervenção célere e diferenciada.

P n.º 0880
Quando a sarcoidose ataca a pleura!
José Alberto Ramos(1);Mafalda Sequeira(1);Mariana Pais(1);Henrique Santos(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória crónica caracterizada pela formação de granulomas não caseosos tipicamente nos pulmões e, menos frequentemente, no fígado, olhos e pele. O envolvimento pleural é raro, afetando apenas 1-4% dos pacientes.
Caso Clínico: Trata-se de um homem de 79 anos com um quadro de cansaço, ortopneia, astenia e anorexia com 15 dias de evolução. Ao exame objetivo encontrava-se hipoxémico e com diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Por alterações na telerradiografia de tórax sugestivas de derrame pleural de novo, realizou tomografia computorizada que confirmou extenso derrame pleural direito a condicionar desvio contralateral do mediastino, lesão ovóide (22*19 mm) no mediastino anterior e discreto espessamento pleural na vertente anterior da pleura. Foi submetido a toracocentese diagnóstica que revelou líquido pleurítico compatível com exsudado, linfocitose, valor de adenosina desaminase normal. O exame citológico foi negativo para células malignas e os exames microbiológicos incluindo o micobacteriológico, foram estéreis. A biópsia pleural revelou a presença de granulomatose com micronecrose focal. A lesão ovóide identificada no exame de imagem foi biopsada por ecobroncoscopia, identificando-se tecido linfático com granulomas do tipo sarcoide. Verificou-se ainda elevação dos linfócitos e macrófagos no lavado broncoalveolar. Durante o internamento necessitou de 3 toracocenteses evacuadoras para alívio sintomático, contudo à data do diagnóstico, encontrava-se clinicamente estável pelo que se decidiu não iniciar corticoterapia sistémica mantendo-se atualmente o doente em vigilância clínica trimestral.
Conclusão: Trata-se de um caso de sarcoidose com apresentação clínica atípica dado que o envolvimento pleural é raro. Quando presente, manifesta-se mais frequentemente sob a forma de derrame pleural. O diagnóstico diferencial é ponderado com outras doenças granulomatosas, nomeadamente a tuberculose.

P n.º 0882
Quando a embolia é paradoxal!
Mafalda Sofia Batista Sequeira(1);Bruno Sousa(1);Catarina Pestana Santos(1);Daniela Cruz(1);Mariana Pais(1);José Alberto Ramos(1);Henrique Santos(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A embolia paradoxal consiste na transposição de um trombo com origem na circulação sistêmica venosa para a arterial através de um defeito do septo cardíaco. A comunicação inter-auricular (CIA) do tipo ostium secundum corresponde a cerca de 10-12% de todas as cardiopatias congênita e condiciona um efeito de shunt esquerdo-direito. A manifestação mais comum da CIA é o acidente vascular cerebral, sendo a oclusão arterial aguda rara (2%) requerendo por isso alta suspeição diagnóstica.
Caso clínico: Sexo feminino, 35 anos, com antecedentes pessoais de CIA tipo Ostium secundum (com indicação para encerramento por parte da cirurgia cardiotorácica), recorre ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal tipo cólica, localizada aos quadrantes inferiores de intensidade 8/10. Refere concomitantemente retorragias síncronas com a dor abdominal. Da observação clínica salienta-se toque rectal com evidencia de sangue vivo. A retossigmoidoscopia identificou em topografia do ângulo esplénico mucosa edemaciada violácea, sem ulceração, compatível com colite isquémica. Por não ser comum a embolia paradoxal para a artéria mesentérica consideraram-se outras etiologias e, por este motivo, realizou-se o estudo da auto-imunidade e trombofilias que se manifestou negativo. Optou-se por iniciar anti-coagulação terapêutica com Heparina de baixo peso molecular. Assistiu-se a uma melhoria clínica da dor abdominal e reversão das retorragias, a doente teve alta com indicação de realização de anticoagulação oral até ao encerramento da CIA.
Conclusão: Apesar da oclusão arterial aguda causada por fenómenos de embolização paradoxal por CIA serem raros (cerca de 2%) não podemos ignorar esta possibilidade em doentes portadores de defeitos do septo cardíaco. A correção cirúrgica precoce destes defeitos é fundamental atendendo a que é a forma mais eficaz de evitar complicações associadas aos mesmos.

P n.º 0883

A Relevância da Atualização de Registos Clínicos.

Nuno Cotrim(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1);Paula Cerqueira(1);Marta Cerol(1);Marta Botelho de Sousa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: Registos clínicos realizados pelos profissionais de saúde são de extrema importância para providenciar ao doente os melhores, mais atualizados e organizados cuidados possíveis. No entanto, esta prática é muitas vezes subvalorizada, principalmente em doentes com seguimento em várias consultas de diferentes especialidades. O caso clínico apresentado exemplifica este problema.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 64 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de vómitos e náuseas, cefaleia e tonturas com vários anos de evolução e agravamento nas últimas semanas. Por manter queixas apesar de terapêutica sintomática, e avaliação inicial inocente, ficou internada para estudo.
Após consulta exaustiva da Plataforma de Dados de Saúde apuram-se múltiplos internamentos pelas mesmas queixas, atribuídas a elevada carga patológica cardiovascular. Com seguimento em consultas externas de Cardiologia, Otorrinolaringologia e Neurologia. Em diário de consulta de 2015, referência a ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) de 2013 que mostrou Schwannoma Vestibular esquerdo de pequenas dimensões, que não foi valorizado como eventual etiologia das queixas apresentadas.
Por a doente manter as queixas e restante estudo efetuado em internamento ser negativo, e com o conhecimento da presença da lesão, decidido repetir RM-CE, que evidenciou crescimento da massa. Assumido como diagnóstico definitivo Schwannoma Vestibular. A doente foi orientada para consulta de Neurocirurgia, estando a aguardar intervenção.
Discussão: Com este caso clínico pretendemos sublinhar a importância de manter registos clínicos completos e atualizados, em particular em doentes com seguimento em consultas de várias especialidades e em diferentes centros hospitalares. Como prevenção, sugerimos que todos os episódios de consulta tenham registo clínico atualizado e a evicção da realização de “Copy-Paste” de registos antigos.

P n.º 0885

Ligação entre infeção por Coxiella burnetii e linfoma de Hodgkin clássico – coincidência ?

Hugo Félix(1);Liliana r. Santos(1);Alexandra Wahnon(1);Catarina Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Lilia Savka(1);Pedro Figueiredo(1);Maria José Pires(1);Carolina Santos(1);Marina Fonseca(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

As infeções bacterianas desempenham um papel central no desenvolvimento de linfomas non-Hodgkin de células B, provavelmente pela inibição de funções imunológicas ou até por indução de respostas crónicas. A Coxiella burnetii, agente causal da febre Q está aparentemente associada a um maior risco de linfoma B difuso de grandes células.
Descreve-se o caso de uma doente de 65 anos, natural de Angola, com um quadro consumptivo de astenia, anorexia, perda ponderal, febre e hipersudorese noturna que apresenta, concomitantemente, queixas de prurido de longa data, a quem foi detectada, em tomografia computorizada tóraco-abdomino-pelvica, volumosas adenomegalias lombo-aorticas e pélvicas, suspeitas de componente proliferativo atípico. A biópsia de gânglio inguinal revelou infiltrado linfocitário com células de Hodgkin e Reed-Sternberg. Da marcha diagnostica de febre sem foco, foram pedidas serologias para Coxiella burnetii que foram positivas. Ecocardiograma transtoracico sem alterações de relevo.
Toda a composição deste quadro sustenta a impressão diagnostica de febre Q em simultâneo com doença linfoproliferativa. A literatura tem documentado múltiplos casos de associação entre as infeções por Coxiella burnetii e os linfomas não Hodgkin. Num estudo do centro de referenciação de febre Q em França, numa população de 1468 doentes com febre Q, 7 doentes foram diagnosticados com linfoma. Estes casos fazem equacionar a relevância da pesquisa de infeção por Coxiella aos doentes com suspeita de linfoma, além de considerar um sceening para a deteção precoce de linfoma muito em particular em doentes com febre Q crónica, diagnosticada alguns anos depois da infeção primária, com focalizações (endocardite, infeções aneurismáticas/próteses vasculares).

P n.º 0887

Hipoalbuminemia Severa após Bypass Gástrico em Y de Roux: Um Diagnóstico de Exclusão

Catarina Santos Reis(1);Bárbara Vieira Granja(1);Francisco Santos Dias(1);Joana Gouveia Santos(1);Rui Pedro Ribeiro(1);Marta Soares Carreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A cirurgia bariátrica apresenta uma crescente popularidade no tratamento da obesidade. A hipoalbuminemia severa ocorre em até 18% dos doentes submetidos a Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) constituindo uma das complicações mais temidas.
Caso clínico: Mulher de 50 anos, com obesidade grau II submetida a BGYR há 8 meses e que recorre ao serviço de urgência após lipotímia. Referia também edemas bilaterais dos membros inferiores com 4 meses de evolução. Toma diária de multivitamínico. Apresentava perfil tensional de 92/62mmHg (sem diferencial entre os dois membros), edemas simétricos dos membros inferiores até ao joelho, sem outras alterações. Eletrocardiograma sem sinais de sobrecarga cardíaca direita ou alterações da condução. Analiticamente, glicemia de 84 mg/dL, hipoalbuminemia de 18,4 g/L, hipoproteinemia de 36,4 g/dL, função renal, tiroideia e coagulação normais. Sedimento urinário sem albuminúria. Orientada para a consulta de Medicina Interna onde completou estudo. Sem défices vitamínicos, urina de 24 horas sem albuminúria, exame bacteriológico e parasitológico de fezes negativo, estudo imunolo´gico negativo. Ecografia abdominal sem sinais de hepatopatia, angio-TC abdomino-pélvico e eco-doppler dos membros inferiores sem sinais de obstrução. Realizou estudos endoscópicos que mostraram mucosa normal, com biópsias gástricas e duodenais não alteradas. Optou-se por intensificação de suplementação proteica oral sob orientação de nutricionista. Follow-up aos 6 meses com aumento lento e progressivo dos níveis de albumina e ganho ponderal de 1%. Protela-se decisão de reversão cirúrgica do bypass em equipa multidisciplinar.
Discussão: Estabelecer os casos de hipoalbuminemia severa como consequência do procedimento bariátrico é o primeiro grande obstáculo à abordagem clínica. Associam-se a uma grande morbilidade e mortalidade, sendo fulcral o seu reconhecimento precoce.

P n.º 0889

Dor precordial e disestesia, nem tudo é ansiedade!

Catarina Joana Azevedo Batista Coelho(1);André Ribeiro(1);Marta Barrigas(1);Tânia Gomes(1);Beatriz Torres(1);Marta Rodríguez(1);Sandra Tavares(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A diseção da aorta é uma condição infrequente e potencialmente letal. A taxa de mortalidade a cada hora não tratada é 1-2% necessitando um diagnóstico e uma intervenção precoce.
Para os autores este caso manifesta a importância do diagnóstico ser realizado de forma célere e de se equacionar a transferência precoce para unidades especializadas.
Mulher, 53 anos, autónoma. Admitida na Sala de Emergência (SE), por dor torácica intensa de início súbito, desconforto generalizado, inquietação e disestesia dos membros inferiores. Acompanhante refere internamento prévio de 3 dias em Cirurgia Vascular em contexto clínico de acidente isquémico transitório cuja investigação revelou ligeira dissecção carotídea esquerda. Teve alta clínica assintomática e hipocoagulada com Xarelto 20 mg.
Como antecedentes pessoais: Ansiedade. Alergia a contraste iodado.
Na SE, alteração da perfusão do membro inferior esquerdo (assimetria de temperatura, cor e pulsos). Diferença de pressão arterial nos membros inferiores.
Eletrocardiograma após analgesia: taquicardia sinusal, com 100 bpm e sem alterações do segmento ST. Estudo analítico sem alterações, exceto D-Dimeros de 1,33 ug/mL.
Alta suspeita de disseção aórtica complicada com isquemia aguda do membro inferior esquerdo.
Face à clinica de instalação súbita e aos antecedentes, discutido com cirurgia vascular de urgência.
Uma vez que o contraste em fase arterial implica alta pressão e face ao risco elevado de rotura ao realizar a TAC nesta unidade, por se encontrar afastada da Unidade de destino foi solicitado transporte emergente ao CODU.
Submetida a entubação orotraqueal programada para o helitransporte. À chegada foi submetida a Angio-TAC completa que revela: sinais de disseção envolvendo o arco aórtico, carótida comum esquerda, subclávia esquerda, aorta torácica descendente e aorta abdominal e trombo parcialmente oclusivo no inicio da artéria ilíaca comum esquerda. Derivada para cirurgia cardio-torácica emergente com substituição da aorta ascendente e arco aórtico com debranching aórtico.
A doente faleceu 4 dias após cirurgia por enfarte do tronco cerebral.
Este caso revela a importância da clínica e do exame objetivo na toma de decisões e diagnóstico precoce de entidades potencialmente fatais.

P n.º 0894
Maníaco poliúrico

Mariana Dias Pais(1);Ana Messias(1);Mafalda Sequeira(1);Henrique Santos(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças renais

Introdução: O rim é responsável pela homeostase hidro-eletrolítica, através da capacidade de ajuste da composição e volume de urina. A osmolalidade final da urina é determinada pela permeabilidade do ducto coletor à água. Essa permeabilidade é regulada pela hormona anti-diurética (ADH), que estimula a fusão de aquaporinas à membrana luminal, aumentando a reabsorção de água. Apresentamos um caso de lesão renal aguda (LRA) e hipernatremia num doente poliúrico.
Caso Clínico: Homem de 65 anos, com antecedentes de doença bipolar tipo II, medicado cronicamente com lítio, foi internado por sépsis de ponto de partida génito-urinário. À admissão salienta-se hipernatremia e LRA com creatinina sérica de 2.5 mg/dl, com agravamento progressivo no internamento, apesar da fluidoterapia e antibioterapia instituídas, mantendo débitos urinários superiores a 3 litros por dia. A urina de 24 horas revelou sódio (NaU) e osmolalidade (OsmU) diminuídos, com um volume total de 3,0 litros. Assumiu-se Diabetes Insipidus Nefrogénica (DIN) secundária ao lítio como causa de hipernatremia e LRA de etiologia multifatorial. Suspendeu o lítio, manteve hidratação endovenosa hipotónica, dieta com restrição de sódio e terapêutica com amilorida e hidroclorotiazida, com resolução da hipernatremia e da LRA.
Discussão: O lítio é utilizado cronicamente em doentes com doença bipolar e acumula-se nas células principais do ducto coletor independentemente da sua concentração sérica, interferindo com a função da ADH. Ao impossibilitar o aumento da concentração urinária, leva à produção excessiva de urina hiposmotica, condição denominada por DIN, que pode conduzir a hipernatremia. O diagnóstico passa pela análise da urina de 24 horas, que é conclusiva quando NaU e OsmU estão diminuídas. A interrupção do fármaco pode reverter parcialmente o quadro, para além de existirem terapêuticas adjuvantes, como é o caso da amilorida e diuréticos tiazídicos.

P n.º 0895

Síndrome de Cushing como manifestação de tumor de pequenas células da bexiga

INES FONTES ALMEIDA PINTOR(1);Ana Paiva Santos(1);João Oliveira(1);João Faia(1);Miguel Martins(1);Daniela Meireles(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 60 anos. Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, hiperplasia benigna da próstata. Recorreu à urgência por perda ponderal (20Kg), astenia, disúria, dor pélvica (2 meses). Fáceis lunar, buffalo hump, atrofia muscular proximal, toque retal: próstata pétrea. Analiticamente: anemia, trombocitopenia, HbA1c 11%, hipocaliémia, hiponatremia, hipocalcemia, Gama glutamil transferase elevada, dislipidemia. Ecografia abdominal: fígado globoso, formações nodulares. Internado na Medicina Interna. Estudo analítico: Bicitopenia, PSA normal, CA19.9 e antigénio carcinoembrionário elevados. ACTH elevado, cortisol baixo. Hipocaliemia/hipocalcemia de difícil correção. Glicemias elevadas. Tomografia computorizada tóraco-abdomino-pélvica: lesões nodulares hepáticas (provável metastização); próstata aumentada (nodulação hipervascular). Ressonância magnética abdominal: nódulos hepáticos com realce com gadolíneo, prováveis metástases. Ecografia pélvica: massa vesical lobulada, com procidência para o lúmen/próstata/vesícula seminal esquerda. Cistoscopia: lesão tumoral séssil entre colo vesical e meato esquerdo. Biópsias da lesão vesical/próstata: Carcinoma neuroendócrino de pequenas células da bexiga (CPCB) grau 3 com invasão prostática. Biópsia óssea/medulograma: metastização de carcinoma neuroendócrino. Diagnóstico: Síndrome de Cushing ACTH-dependente paraneoplásico e CPCB com invasão de estruturas adjacentes e metastização hepática/medular. Após inicio de quimioterapia: anemia/trombocitopenia graves, agravamento da colestase hepática e do estado geral. Sem condições para continuar terapêutica, sendo transferido para cuidados paliativos para controlo sintomático. O CPCB é raro e agressivo. Tem apresentação/epidemiologia semelhantes a outros tumores vesicais e o diagnóstico requer suspeição. O síndrome de Cushing paraneoplásico é raro e mais frequentemente associado a tumor neuroendócrino pulmonar. Este caso alerta para a necessidade de avaliar o doente como um todo, integrando todos os seus sintomas/sinais. Devemos estar alerta para os diagnósticos raros e iniciar terapêutica adequada atempadamente.

P n.º 0900
Salmonelose não tifoide invasiva
Rui m. Domingues(1);Catarina Araújo(1);Gonçalo Santos(1);Sandra Correia(1);Sara Marques(1);Isabel Apolinário(1);Cristina Cruz da Ângela(1);Alexandre Carvalho(1);André Santa Cruz(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Salmonella Typhimurium é a principal espécie de salmonella não-tifoíde a causar bacteriémia em África.No entanto, nos países desenvolvidos costuma causar com sintomas gastrointestinais ligeiros.
Caso Clínico: Doente de sexo masculino de 37 anos, autónomo, residente em Angola, de férias em Portugal há 10 dias. Antecedentes pessoais de esclerose múltipla recorrente-remitente, com último surto há cerca de 7 dias, medicado com metilprednisolona 1 grama durante 5 dias. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por febre, cansaço, náuseas e edema dos membros inferiores. Negava queixas de dispneia, tosse, diarreia, vómitos ou outros sintomas gastrointestinais, sem noção de perda de peso ou outros sintomas constitucionais. Analiticamente apresentava subida de parâmetros inflamatórios – proteína C reactiva de 152 mg/dL e leucócitos de 14,4x10^3/uL dos quais 90% eram polimorfonucleares. Realizou TC torácico que revelou a presença de uma densificação em vidro despolido no lobo superior direito sugestivo de processo infeccioso. Colheu hemoculturas e foi internado para estudo e vigilância. No primeiro dia de internamento, iniciou queixas de diarreia, tendo iniciado antibioterapia com levofloxacina e ceftriaxone. As hemoculturas demonstraram o crescimento de Salmonella Typhimurium. Foi ajustada a antibioterapia para ciprofloxacina. O doente apresentou resolução lenta, mas completa das queixas, cumprido tratamento por mais 4 semanas após a alta.
Discussão: O caso realça a necessidade de integração do contexto epidemiológico do doente com os seus antecedentes pessoais, nomeadamente imunossupressão recente. Além disso, descreve-se um caso de salmonelose não tifóide invasiva, um diagnóstico raro em países desenvolvidos, mas que se pode tornar mais frequente pelo fenómeno de globalização que torna mais fácil a deslocação das pessoas e pelo crescente número de doentes imunossuprimidos.

P n.º 0905

Hepatite Autoimune Seronegativa com evolução para Cirrose

Hugo Ventura(1);Inês Guimarães Rento(1);José Pedro Fonseca(1);Cristina Andrade(1);Nuno Monteiro(1);Joana Marques(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A Hepatite Autoimune (HAI) é uma doença crónica de etiologia desconhecida, caracterizada por níveis elevados de transaminases, presença de auto-anticorpos e níveis elevados de imunoglobulina G (IgG) e, pela presença de hepatite de interface, na ausência de causa conhecida de doença hepática.
CASO CLÍNICO: Mulher de 64 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do perímetro abdominal e edemas dos membros inferiores. Apresentava icterícia ligeira e ascite. Estudo analítico com aumento das transaminases (alanina aminotransferase=717UI/L e aspartatoaminotransferase=919UI/L), fosfatase alcalina=136UI/L, g-GT 83.4UI/L, híperbilirrubinemia (total=4.8 mg/dL, direita=2.85 mg/dL) e coagulopatia (INR=1,82). Ecografia hepática com estigmas de cirrose, ascite moderada, sem dilatação das vias bilares, tendo doente sido internada.
Revendo o processo clínico, desde há 9 anos atrás com episódios de elevação única das transaminases com normalização sem terapêutica, tendo feito estudo analítico exaustivo de doença hepática com auto-imunidade alargada persistentemente negativa e níveis normais de IgG. Teria feito biópsia hepática com resultado inconclusivo. Da investigação no internamento a destacar anticorpos anti-nucleares positivos 1/160, elevação da IgG, e resultado anatomo-patológico de biópsia transjugular compatível com HAI. Estabelecido diagnóstico, iniciou prednisolona 1mg/Kg/dia com melhoria clínica e analítica. Referenciada a consulta de Hepatologia-Transplantação Hepática.
CONCLUSÃO: A nossa doente apresentou-se durante anos assintomática, apenas com flares de elevação das transaminases com normalização sem terapêutica e com autoimunidade persistentemente negativa. Casos classificados anteriormente como hepatite criptogénica poderão corresponder a HAI. A HAI seronegativa é uma entidade rara. O atraso no diagnóstico e tratamento pode levar para progressão para doença ou falência hepática.

P n.º 0906

Derrame pleural secundário: o exercício de distinguir causa de consequência

JOANA ISABEL VIEIRA CARTUCHO(1);Bruno Bonito(1);Mariana Almeida(1);Carla Fernandes(1);Maria João Mello Vieira(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O derrame pleural é um conhecido efeito secundário dos inibidores da tirosina-quinase de 2ª geração em doentes com Leucemia Mieloide Crónica.
Caso clínico: Apresentamos um caso de uma mulher de 57 anos, habitualmente medicada com Bosutinib no contexto de Leucemia Mieloide Crónica, que recorre ao serviço de urgência com um quadro de uma semana de evolução caracterizado por tosse, dispneia para pequenos esforços e toracalgia posterior. Do estudo complementar inicial destaca-se a realização de radiografia de tórax a revelar hipotransparência dos dois terços inferiores esquerdos com apagamento do seio costo-frénico homolateral, aspetos sugestivos de derrame pleural, o qual se confirmou com tomografia computorizada de tórax e que por sua vez levou à realização de toracocentese diagnóstica, com a saída de 40mL de líquido pleural, amostra com celularidade de características inflamatórias com aspetos suspeitos para efusão pleural associada a leucemia.
Discussão: Inibidores Tirosina-Quinase são uma importante causa de derrame pleural em doentes com Leucemia Mieloide Crónica. Contudo, pode também, em raras exceções, ser secundário à progressão da própria doença. Daí que o seu diagnóstico, constitua um genuíno exercício de distinguir causa de consequência.

P n.º 0911

Lesão renal aguda por ateroembolismo

Joana Faria Silva(1);Ana Rita Sevivas(2);Sónia Sousa(3);Clara Santos(3);Nuno Coelho(3);Clara Almeida(3)
(1) Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM (2) Hospital Barcelos (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças renais

O ateroembolismo renal compreende a oclusão das arteríolas renais por êmbolos ateroscleróticos, causando insuficiência renal, que pode apresentar-se associada a doença arterial embólica periférica. Sendo uma situação rara, é frequentemente esquecida na investigação etiológica da lesão renal aguda (LRA), sobretudo porque a sua instalação pode ocorrer ou se diagnosticar semanas após o evento que precipitou o ateroembolismo. Apresenta-se um caso de LRA por provável ateroembolismo.

Homem de 69 anos, fumador ativo, dislipidémico. Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica. Síndrome coronário agudo submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio em dezembro de 2021, com documentação por aortografia de extensa ateromatose complexa da aorta torácica. Creatinina sérica de 1,2 mg/dL à data da alta. Desde janeiro de 2022 com múltiplos recursos ao serviço de urgência (SU) por dor e alteração da coloração do quinto dedo do pé direito com sinais inflamatórios associados. Avaliado por Cirurgia Vascular tendo alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico.
Passados três meses foi internado por agravamento da isquemia do pé direito com necrose e úlcera exsudativa do quinto dedo. Analiticamente Hb 10.4g/dL, lesão renal aguda com sCr 2.8mg/dL. Exame sumário de urina com proteinúria discreta e sedimento urinário normal. Ecografia renovesical normal.
Assumido diagnóstico de ateroembolismo periférico e LRA não oligúrica de etiologia desconhecida. Não eram evidentes alterações hemodinâmicas, obstrução urinária e nefrotóxicos. Do estudo apresentou eosinofilia periférica, sem consumo do complemento. Assumida LRA por provável ateroembolismo. Evoluiu sem recuperação da função renal mantendo valores de creatinina sérica estáveis.

O diagnóstico definitivo de LRA por ateroembolismo é histológico. Neste caso foi decidido não haver benefício na realização de biópsia renal atendendo à estabilidade da função renal, contexto clínico muito sugestivo e ausência de tratamento específico.

P n.º 0914

"Doutor, passei no vermelho!" – Variabilidade da apresentação clínica do Glioblastoma

Miguel I. Coelho(1);Rita Constantino(2);Maxim Jitari(1);Viktor Baiherych(1);Joana Silva(1);Adelaide Figueiredo(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE (2) USF Planalto

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Glioblastoma é uma neoplasia rara com elevada mortalidade. O pico de incidência é entre 75 e 84 anos. A maioria não tem etiologia conhecia. Os fatores de risco (FR) são exposição a radiação ionizante, história familiar de cancro e alterações germinativas críticas. A apresentação clínica é variável e relaciona-se com a área funcional afetada. O diagnóstico baseia-se em exames neuro-imagiológicos e estudo histológico. A terapêutica inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia e fármacos imunobiológicos. Caso clínico: Homem, 57 anos. Autónomo. Antecedentes pessoais irrelevantes. Recorre ao serviço de urgência (SU) por "ter passado um semáforo vermelho"(sic) e quadro de hipostesia e paresia do membro superior esquerdo e cefaleia parietal esquerda intensa com duração de 3 horas. Referia "sentir-se estranho"(sic) há 2 semanas e períodos de confusão e parestesias da mão esquerda, tendo recorrido ao médico de família e sido requisitados exames que não realizou. No SU, TC-Cranio-Encefálica (CE) demonstrou lesão ocupante de espaço (LOE) frontoparietal direita com edema e desvio esquerdo das estruturas medianas. Foi internado e cumpriu dexametasona com melhoria. RM-CE revelou lesão única compatível com neoplasia da série glial de grau elevado. Realizou-se resseção total da lesão, com diagnóstico histológico de glioblastoma. Realizou radioterapia e quimioterapia. Veio a desenvolver crises epiléticas sequelares. Após 1 ano, mantém o seu grau de autonomia e de consciência e diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo. Discussão: Destaca-se a variabilidade da apresentação clínica do glioblastoma como desafio no diagnóstico diferencial com patologias mais frequentes, num caso que não enquadra a faixa etária mais frequente ou apresenta FR suspeitos. Muitas vezes, as neoplasias cerebrais são detetadas nos cuidados de saúde primários, associadas a quadros menos aparatosos, importando valorizar as queixas que preocupam o doente e podem ser sinais de alarme para LOE.

P n.º 0916
Se não é da doença é da cura…
Beatriz Simão Parreira(1);Ana Margarida Fonseca(1);Leila Amaro Cardoso(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O lúpus induzido por fármacos (LIF) é uma entidade clínica moderadamente frequente, variando com o fármaco em questão. O adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante anti TNF-alfa usado na doença de Crohn moderada a severa que pode ser responsável por quadros de LIF em cerca de 0.1% dos doentes.
Caso clínico: Doente de 31 anos, sexo feminino, com ileíte de Crohn com 5 anos de evolução associada a espondilite anquilosante soronegativa medicada com adalimumab, foi referenciada à consulta de Doenças Auto Imunes (AI) por queixas de cansaço e artralgias simétricas de ritmo inflamatório das interfalangicas proximais, punhos e cotovelos com 6 meses de evolução. Na consulta apresentava-se com rash malar e artrite das interfalângicas proximais e punhos de predominância direita. Analiticamente ANA e anti-dsDNA francamente positivos, sem consumo de complemento ou citopenias. Perante os elementos clínicos e sorológicos presumiu-se diagnóstico de lúpus induzido por adalimumab e iniciou-se terapêutica com hidroxicloroquina. Após consulta com o gastroenterologista assistente, ajustada a terapêutica para ustecimumab, com boa tolerância e manutenção da estabilidade da doença de Crohn, resolução do rash malar e diminuição dos títulos ANA e anti-dsDNA baixo. Na reavaliação apresentou-se com intolerância à hidroxicloroquina por queixas gastrointestinais e agravamento clínico com enterite palmar e das queixas articulares sobretudo periféricas. Assumido diagnóstico de espondiloartropatia enteropática e decidido associar metotrexato subcutâneo (MTX). Na reavaliação às 3 semanas, doente com melhoria franca das queixas e sinais inflamatórios articulares.
Conclusão: O presente caso destaca-se pela complexidade do quadro clínico e pela gestão cuidadosa e desafiante que se deve realizar na terapêutica deste tipo de doentes.

P n.º 0921

Uma causa incomum de hipóxia aos 90 anos

Ana Filipa Martins Silva(1);Dinis Sarmento(1);Hugo Pinheiro(1);Sofia Garcês(1);Salomé Marques(1);André Paupério(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A insuficiência respiratória (IR) surge com o comprometimento de trocas gasosas. O gradiente alvéolo-arterial de oxigénio permite avaliar a eficácia das trocas gasosas, determinando a eficácia da oxigenação e determinar o mecanismo causador de hipóxia.

Caso Clínico:
Mulher de 90 anos , com antecedentes pessoais de hipertensão arterial , dislipidemia e AVC isquémico ACM direita sem défices sequelares, recorreu ao Serviço de Urgência após queda da própria altura, tendo sido diagnosticada com fratura trocantérica à esquerda. No 3º dia pós operatório, e após tentativa de levante, é objectivada dessaturação importante com parca resposta a oxigenoterapia instituida. Gasimetricamente com IR tipo 1 (Pao2:41 com FiO2:0.80) sem hiperlactacidemia. RatioPao2/Fio2: 51 %. Gradiente alveolo-arterial aumentado: 495. Clinicamente sem sinais de dificuldade respiratória, sem queixas de dispneia ou dor torácica. Sem sincope. Negava queixas focalizadoras de infeção. Apirética e hemodinamicamente estável. Analiticamnente sem alterações de relevo. ECG em ritmo sinusal, sem sinais de isquemia aguda. Realizou AngioTAC Torax que excluiu TEP, Pneumonia, Enfisema e Atelectasia. Assim, assumindo um mismatch V/Q foi pedido um Ecocardiograma Transtorácico que revelou “Aneurisma exuberante do septo interauricular com movimento bidirecional e shunt D»E a traduzir provável forámen ovale patente”. Estamos assim, perante uma situação de platipneia-orteodeoxia. A doente teve uma evoluação favorável ao longo do internamento, tendo tido alta ao final de 13 dias.

Discussão: É importante reconhecer e identificar os diferentes mecanismos responsáveis pela hipóxia, sendo para isso fundamental o cálculo do gradiente alvéolo-arterial. O shunt D»E é reponsável apenas por uma infíma percentagem, no entanto, não deve ser desvalorizada a sua hipótese, mesmo numa doente de 90 anos

P n.º 0922
Abcesso Periamigdalino
Ana Filipa Martins Silva(1);Dinis Sarmento(1);Hugo Pinheiro(1);Salomé Marques(1);Liliana Torres(1);André Paupério(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Abcesso Periamigdalino

Introdução:
As infeções supurativas do pescoço são raras, sendo mais frequentes em crianças e jovens adultos. São frequentemente causadas por Streptococcus Pyogenes, Streptococcus Anginosus e Staphylococcus Aureus. É necessária alta vigilância clinica, uma vez que pode evoluir com obstrução da via áerea superior.

Caso Clinico:
Doente de 38 anos sem antecedentes pessoais de relevo recorre ao Serviço de Urgência com quadro de odinofagia e febre com cinco dias de evolução, tendo sido medicado pelo Médico de Família com Penicilina Benzatinica 3 dias antes, sem melhoria do quadro. Analiticamente com leucocitose com neutrofilia e aumento da proteína C reactiva. Ao exame objectivo, com hipofonia, voz de hot potato , aumento do perímetro cervical (com adenomegalia dolorosa exuberante a direita), a saturar perifericamente a 98% em ar ambiente, hemodinamicamente estável. Desvio da úvula para a esquerda e abaulamento do palato a direita. Com trismus. Realizou TAC pescoço e tecidos moles que revelou: “amgídala palatina direita mais volumosa…Pequena região hipodensa, sem realce após contraste, com morfologia em fenda, medindo cerca de 9x4mm localizada na região anterior e superior da amígdala”.
Foi assim estabelecido o diagnóstico de abcesso periamigdalino, tendo efectuado terapêutica com hidrocortisona e clindamicina. Foi observado por Otorrinolaringologia, tendo sido submetido a drenagem. Boa evolução clínica com alta hospitalar.

Discussão:
Os abcessos periamigdalinos são raros, no entanto, devem ser suspeitados na presença odinofagia, hot potato voice e trismus uma vez que podem evoluir para uma situação de emergência médica com obstrução da via aérea. É fundamental a abordagem atempada com drenagem e antibioterapia.

P n.º 0924

Aspergilose Broncopulmonar Alérgica

Ana Filipa Martins Silva(1);Dinis Sarmento(1);Andreia Branco(1);Tatiana Pacheco(1);Teresa Mendonça(1);Ana Areia Reis(1);Zélia Lopes(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica corresponde a uma reação complexa de hipersensibilidade em resposta a colonização por Aspergillus Fumigatus, ocorrendo maioritariamente em doentes com asma ou Fibrose Quística.
Doente com antecedentes de asma na infância e pansinusite. Queixas de tosse noturna, dispneia e opressão torácica com 1 ano de evolução. A 3 Março inicia quadro de tosse não produtiva, febre e agravamento do padrão de dispneia. A 11 Março recorre ao SU por agravamento das queixas e manutenção da febre. Realizou TAC Torax no SU que revelou "Áreas em vidro despolido geográficas, com algum espessamento intersticial".Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e eosinofilia periférica exuberante. Realizada Tc de alta resolução com evidência de "densificação focal no ápice esquerdo com aparentes micronódulos agrupados, … também na vertente anterior do lobo superior direito e micronodulação a nível dos segmentos laterais do lobo inferior direito. Espessamento de paredes brônquicas a nível dos lobos inferiores. Efetuada BFC com LBA: "Rolhões mucopurulentos ocupando múltiplos subsegmentos bilateralmente, difíceis de aspirar.." Lavado Bronco-Alveolar: BAAR e Pesquisa DNA Mycobacterium T negativo; Citologia do LBA : "negativa para células malignas.". Razão CD4/CD8 negativa. Atendendo ao descrito levantada a hipótese de Aspergilose Broncopulmonar alérgica pelo que foi pedido o seguinte estudo: IgE Aspergillus Fumigattus POSITIVO; IgE Total AUMENTADA : 3490; Eosinofilia Periférica: 1000; ATC Aspergillus Fumigatus POSITIVO e Isolamento de Aspergillus fumigatus no LBA.
Apesar de ser um diagnóstico raro, a Aspergilose Broncopulmonar Alérgica deve ser equacionada na presença de doente com factores de risco e que apresente eosinofilia periférica exuberante bem como uma parca resposta a antibioterapia e broncodilatação.

P n.º 0925

Hipercalcémia grave em doente com esplenomegália multinodular

Maria Leonor Neves(1);João Rosa(1);Catarina Negrão(1);Telma Martins(1);Catarina Pereira(1);Sofia Furtado(1);Fernando Aldomiro(1);Fernanda Paixão(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Introdução

O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin e mais de metade dos doentes com Índice de Prognóstico Internacional favorável obtém critério de cura após terapêutica dirigida. A apresentação mais frequente é o rápido crescimento adenopático, por vezes acompanhado de sintomas B, sendo mais rara a apresentação primária no baço. A hipercalcémia é uma síndrome paraneoplásica comummente associada via hidroxilação extra-renal da vitamina D, um mecanismo que obriga a diagnóstico diferencial com patologia benigna, como a tuberculose.

Caso Clínico

Relata-se o caso de um homem de 77 anos, a ser estudado por história de perda ponderal superior a 10% e esplenomegália com 8 meses de evolução, e que deu entrada no serviço de urgência por alteração aguda do estado de consciência. Analiticamente, destaca-se a presença de trombocitopénia, inclusões neutrofilicas tóxicas, e hipercalcémia grave cujo estudo revelou níveis de vitamina D não ativada e PTH suprimidos, e PTHrp indetetável. A tomografia computorizada documentou esplenomegália multinodular maciça e múltiplas adenomegálias dispersas pelos dois lados do diafragma, inacessíveis para biópsia excisional. Na enfermaria, salienta-se o início de picos febris diários. A pesquisa de doenças infeciosas, inflamatórias e infiltrativas foi negativa. Optou-se por uma biópsia esplénica, arriscada, que possibilitou o diagnóstico final de linfoma difuso de grandes células B de alto grau. Dado o estádio IV e índice prognóstico desfavorável, o doente não foi considerado candidato a tratamento curativo, acabando por falecer.

Discussão

Este caso clínico reforça a importância do reconhecimento da tríade de sintomas B, hipercalcémia não-humoral e esplenomegália nodular no diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Não obstante o comportamento agressivo destas neoplasias, existe um potencial de cura se detetadas precocemente e em doentes com índice prognóstico favorável.

P n.º 0926
Amiloidose Primária

Ana Filipa Martins Silva(1);Dinis Sarmento(1);Andreia Branco(1);Tatiana Pacheco(1);Teresa Mendonça(1);Zélia Lopes(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
A amiloidose resulta da deposição extracelular tecidular de fibrina. A amiloidose primária consiste na deposição de cadeias livres monoclonais. Pode apresentar-se em associação com com outras discrasias celulares como o mieloma múltiplo.

Caso Clínico:
Doente de 57 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia recorre ao Serviço de Urgência com quadro de fadiga e dispneia para médios esforços com 3 meses de evolução. Referia DPN e ortopneia. Concomitantemente iniciou quadro de poliartrite (cintura escapular e joelhos) de características inflamatórias, simétrica. Referia perda ponderal de 6 kg (~7% peso corporal) . Negava febre. Analiticamente com bicitopenia, BNP: 9510pg/mL, Discrasia de plasmócitos IgA/lambda, Cadeias Leves Kappa: 104 / Cadeias Leve Lambda : 1192 Razão K/L: 0.5, Electroforese: banda monoclonal de cadeias pesadas de imunoglobulinas de IgA e de cadeias leves do tipo Lambda. Biópsia gordura abdominal Vermelho Congo negativa, Biópsia óssea: Aspirado medular muito hipocelular. Os plasmócitos representavam 27% das células e, destes, mais de 99% tinha características fenotípicas anormais: CD38+, CD138+, CD19-, CD56+, CD10-, CD20-, CD117-, CD45+. Realizou Eco TT que evidenciou:" Dilatação moderada da AE e ligeira da raiz da aorta. HVE de grau moderado (aspeto sugestivo de doença infiltrativa do miocardio). Proteinúria na faixa nefrótica com biópsia renal a demonstrar: "aspectos morfológicos que favorecem o diagnóstico de envolvimento renal por amiloidose (lambda)."
Assim, diagnóstico de Amiloidose AL com mieloma múltiplo e envolvimento cardíaco. Iniciou doxiciclina e corticoterapia.
Actualmente a cumprir regime de quimioterapia com CyBorDexa, para futuro alotransplante, em classe II NHYA.

Discussão:
O diagnóstico de Amiloidose Primária é raro, no entanto, deve ser considerado em doentes com proteinúria na faixa nefrótica, discrasia de plasmócitos e achados em ecoTT compatíveis.

P n.º 0927

Fibrose retroperitoneal - uma causa rara de lesão renal aguda

Mariana Constante(1);Margarida r. Fonseca(1);Rita Fonseca(1);Renato Lains Mota(1);Ana Rita Barradas(1);Sérgio Pereira(1);Martim Henriques(1);Ana Luísa Esteves(1);Madalena Machado(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A fibrose retroperitoneal é caracterizada pela presença de tecido fibroso e inflamatório no retroperitoneu. Em 30% dos casos é possível identificar uma causa (secundária a fármacos, radioterapia, infeção, malignidade, cirurgia ou hemorragia retroperitoneal). Os casos idiopáticos são imunomediados e podem apresentar-se isoladamente ou associados a outras patologias auto-imunes.
Caso Clínico: Homem de 61 anos, autónomo, sem antecedentes relevantes e sem medicação habitual, ex-fumador (5 UMAs) e com hábitos etanólicos moderados (20g álcool/dia).
Recorreu ao serviço de urgência por mal estar geral, náuseas, vómitos e prostração com 5 dias de evolução. Na avaliação inicial encontrava-se hipertenso, com edema bilateral dos membros inferiores e com fervores crepitantes na auscultação pulmonar. A avaliação analítica revelou uma creatinina de 6.24mg/dL e o exame sumário de urina foi inocente. Realizou TAC que revelou "hidronefrose mais pronunciada à esquerda com acentuada dilatação calicial bilateral(…)" colocando a possibilidade de lesão de natureza fibrótica com compressão uretérica extrínseca.
O doente evoluiu com claros sinais de sobrecarga hídrica e, após discussão com urologia, optou-se pela colocação de nefrostomias percutâneas bilaterais. Verificou-se melhoria progressiva da função renal e débitos urinários adequados pela nefrostomia esquerda; a nefrostomia direita manteve-se não funcionante.
Não houve achados positivos no estudo etiológico efetuado, nomeadamente doseamento de IgG4. O doente teve alta com as nefrostomias e é atualmente seguido em consulta de medicina interna. Inicou corticoterapia em alta dose, planeando-se eventual ureterolise de acordo com a evolução.
Conclusão: O caso clínico mostra um caso de fibrose retroperitoneal idiopática, uma patologia rara ainda pouco estudada. No caso do doente apresentado, as manifestações clínicas deveram-se a obstrução renal bilateral com consequente lesão renal aguda pós-renal.
A primeira opção terapêutica para o quadro de fibrose são corticóides em alta dose e entre 75 e 90% dos doentes têm resposta clínica, imagiológica e laboratorial a esta terapêutica.

P n.º 0928
Coma Mixedematoso
Ana Filipa Martins Silva(1);Carolina Seabra(1);Salomé Marques(1);Dinis Sarmento(1);André Paupério(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O coma mixedematoso é uma emergência médica com elevada taxa de mortalidade associada. Correponde a uma descompensação aguda de hipotiroidismo, sendo difícil o diagnóstico, dada a inexistência de critérios clínicos diagnóstico definitivos e sintomas inespecíficos.

Caso Clinico:
Mulher de 79 anos com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada classse II NHYA e hipotiroidismo, recorre ao Serviço de Urgência com quadro de prostração com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo reactiva apenas a estímulos dolorosos e em anasarca. Hipotensa e Temperatura não objectivável. Analiticamente com hiponatrémia , TSH:66.96 mU/L e T4L<0.25ng/dL e sumário de urina compatível de Infeção Trato Urinário. Gasimetricamente com Insuficiência Respiratória tipo 2 com acidemia. Foi iniciada terapêutica com Levotiroxina 500mcg EV, Hidrocortisona 200mg e instituídas medidas de aquecimento corporal. Foi ainda realizada prova de tetracosideo, que permitiu excluir insuficiência adrenal concomitante, permitindo a suspensão da Hidrocortisona. Assim, coma mixedematoso com infeção urinária como factor precipintante. Teve como intercorrência infeciosa uma pneumonite de aspiração (em contexto de depressão do estado de consciência), tendo evoluído favoravelmente após instituição de antibioterapia com Amoxicilina/ÁcidoClavulânico.

Discussão:
O diagnóstico de coma Mixedematoso é desafiante, no entanto, caso seja suspeitado, deve ser iniciado tratamento o mais cedo possível. É essencial que este diagnóstico seja equacionado em doentes com depressão do estado de consciência, hipotermia, hiponatremia, hipoventilação e instabilidade hemodinâmica. É importante reconhecer que factores tão inócuos como o frio e a idade avançada podem ser precipitantes.

P n.º 0929

Uma manifestação rara de enfarte agudo do miocárdio

Carolina Roias(1);Ana Simas(1);Daniel Calado(1);Sofia Miranda(1);Mariana Oliveira(1);Mariano Pacheco(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças cardiovasculares

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) deve ser diagnosticado o mais precoce possível de forma a melhorar o prognóstico do doente. A manifestação desta patologia em cefaleia como sintoma único é extremamente rara. Segundo a literatura, a cefaleia como sintoma principal acomete 3.4% dos casos. Descreve-se mais um caso. Doente do sexo masculino, 69 anos, antecedentes relevantes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, história de tabagismo. Quadro com 1 semana de evolução de cefaleia temporal bilateral com irradiação para a omoplata esquerda aquando esforço e com alívio após minutos de repouso. Agravamento da cefaleia para esforços cada vez menores, relatos de aparecimento até em repouso. Surgimento da mesma de forma intensa durante o sono, provocando o despertar do doente. Sem outros sintomatologia, nomeadamente sudorese, náuseas/vómitos, dispneia ou dor torácica. Analiticamente com subida de troponina I de 6.288>15.240 ug/L e CK-MB >10% da CK total. ECG sem alterações do segmento ST, mas com ondas Q nas derivações inferiores. Assumido síndrome coronário agudo, tendo iniciado terapêutica anti-agregante. Submetido a cateterismo posteriormente mostrando oclusão do segmento proximal da coronária direita, tendo sido realizado angioplastia da referida. Melhoria substancial da cefaleia apenas após o tratamento interventivo. A sintomatologia atípica do EAM pode dificultar ou atrasar o seu diagnóstico. Com este caso, pretende-se ressalvar a importância de se considerar este diagnóstico perante a manifestação clínica de cefaleia, especialmente se tiver características “anginosas”.

P n.º 0931
Uma queda com sorte
Ana Filipa Martins Silva(1);Ana Sofia Carvalho(1);Carolina Ventura(1);Dinis Sarmento(1);Salomé Marques(1);André Paupério(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Outro

Introdução: A Perfuração Esofágica é uma disrupção transmural do esófago em qualquer uma das suas porções (cervical, torácica ou abdominal). A causa mais comum é iatrogénica. A localização da perfuração, dimensão e "timing" do diagnóstico são os principais factores de prognóstico, sendo que quando se encontra presente mediastinite aguda de forma concomitante, a mortalidade é superior a 50%.

Caso Clínico:
Mulher de 83 anos com antecedentes pessoais de Síndome Metabólico, Insuficiência Cardìaca com fração de ejeção preservada de etiologia hipertensiva, classe II NHYA e Fibrilhação Auricular hipocoagulada com Dabigabtrano. Recorre ao SU após queda da propria altura com trauma do membro inferior esquerdo. Diagnosticada com fratura do terço distal do fémur em espiral esquerdo, com necessidade de intervenção cirurgica, no entanto esta é protelada dada hipocoaulação. Ao segundo dia de internamento, é verificada insuficiência respiratória do tipo hipoxémica. Clinicamente, a doente referia tosse com uma semana de evolução e dor cervical , disfonia e dispneia com inicio nesse dia. Subfebril e com instabilidade hemodinâmica. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda. Realizou TAC Tórax que revelou: "zona de espessamento parietal do esófago no plano da crossa da aorta, definindo-se imagem linear densa (corpo estranho?) com diminutas bolhas a nìvel periesófago torácico". Após visualização das imagens obtidas, a doente revelou episódio de engasgamento uma semana antes com um osso de frango. Foi de imediato submetida a endoscopia com remoção do corpo estranho- "esófago cervical, empactamento do osso perfuração associada. Após remoção observa-se saída de pus pelo orificio..." e inicou antibioterapia de largo espectro com Piperacilina-Tazobactam. No TAC de reavaliação foi excluída mediastinite. Assim, sépsis com ponto de partida em perfuração esofágica, com disfunção multiorgânica (renal, respiratória e cardiovascular), sem mediastinite associada. Após ciclo de antibioterapia teve evolução favorável, tendo tido alta após intervenção cirúrgica a fratura do fémur.

Discussão:
O diagnóstico de perfuração esofágica é desafiante, no entanto , é importante a sua supeição atempada para um tratamento dirigido e assim melhorar o prognóstico.

P n.º 0932

A propósito de um agente raro de endocardite infecciosa

Carolina Roias(1);Sofia Miranda(1);Daniel Calado(1);Ana Simas(1);Mariana Oliveira(1);Mariano Pacheco(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O complexo Streptococcus bovis/Streptococcus equinus (SBSEC) é um grupo de cocos gram-positivos que coloniza comensalmente o trato gastrointestinal (GI) e que está descrito como uma importante causa de bacteriémia e de endocardite infecciosa (EI). Existe uma forte associação entre EI por SBSEC e neoplasias GI. Streptococcus alactolyticus é uma espécie incluída neste grupo, sendo descrito como um agente raro de EI. Homem, 51 anos, antecedentes de obesidade grau 3 e hipotiroidismo. História com 1 mês de evolução caracterizada por desconforto abdominal generalizado, náuseas, anorexia e perda ponderal involuntária. Sem sudorese noturna ou noção de febre. Referência a cansaço fácil associado a edema dos membros inferiores desde há 2 semanas. Objetivamente com sopro sistólico grau II/VI. Analiticamente: anemia de novo; VS 70 mm; PCR 18.6 mg/dL; padrão de colestase inespecífico; NT-proBNP 4561 pg/mL. Ecografia abdominal com “hepatomegalia esteatósica e esplenomegália homogénea moderada”. No internamento, a TC toraco-abdomino-pelvica mostrou “Derrame pericárdico. Ascite. Enfartes esplénicos e renais à direita”. Após estes achados e a objectivação de temperaturas subfebris, pediram-se hemoculturas onde se isolou S. alactolyticus. Ecocardiograma transtorácico demonstrou “válvula aórtica com imagem hiperecogénica hipermóvel apensa à cúspide coronária direita, medindo 17.9 mm, condicionando regurgitação moderada”. Assumida EI de válvula nativa aórtica a S. alactolyticus. Cumpriu com ampicilina durante 6 semanas. Posteriormente submetido a cirurgia de implantação de válvula protésica aórtica com boa evolução. Colonoscopia com “múltiplos pólipos sésseis”, cuja biópsia mostrou adenoma tubular com displasia de baixo grau. Descreve-se um caso de EI a um agente raro, em doente sem fatores de risco e com clínica confundente, que após estudo revelou patologia GI em possível relação com EI. Pretende-se alertar para a possibilidade de a EI poder ser a primeira manifestação de neoplasia quer seja benigna ou maligna.

P n.º 0937

Red flags na toxidermia por lamotrigina a não esquecer

Sofia Almada(1);Maria da Luz Brazão(1);Daniano Caires(1);Carolina Nunes Cardoso(1);Madalena Pestana(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Outro

Introdução: Os autores descrevem um caso de toxicidade pela lamotrigina, num doente medicado com valproato de sódio, que recorre ao Serviço de Urgência por rash cutâneo e sintomas sistémicos. Caso clínico: Mulher de 63 anos, autónoma nas AVD, com antecedentes pessoais de depressão major, obesidade, HTA, hipotiroidismo, hepatite medicamentosa e alergia á penicilina. Medicada com clonazepam, sertralina, valproato de sódio e lamotrigina (iniciada recentemente). Recorre ao SU, por confusão mental e febre (39ºC), com 3 dias de evolução. Do exame objetivo salienta-se: febre (38ºC), prostração, rash cutâneo maculo papular não pruriginoso, no tronco e ausência de sinais meníngeos. No SU, fez analises que revelaram, aumento dos parâmetros de fase aguda e transaminases e Rx Torax, Punção Lombar e TC crânio-encefálica que não revelaram alterações. Fica internada em Medicina Interna, para estudo e avaliação clínica, tendo iniciado antibioterapia empírica (levofloxacina). Foi suspensa a lamotrigina por se ter assumido que este quadro clínico poderia ser consequência da interação entre o seu metabolismo e do valproato de sódio. As hemo e uroculturas colhidas à admissão foram negativas. Foram ainda pedidos marcadores virais e serologias para exclusão de infeção por microrganismos atípicos. Nos primeiros dias de internamento assiste-se a melhoria do exantema, mas manteve febre, Gama GT, fosfatase alcalina e transaminases em crescendo, pelo que iniciou doxiciclina empiricamente, que cumpriu durante 10 dias. A doente ficou apirética ao 3º dia de internamento. Por apresentar humor depressivo, sonolência e alterações analíticas de hipotiroidismo, foi observada por Endocrinologia e Psiquiatria que orientaram a doente para consulta em ambulatório. A doente teve alta ao 10º dia de internamento, orientada para a consulta de Medicina Interna onde aguarda serologias virais. Discussão: Os autores chamam a atenção, para a importância da suspeita diagnóstica precoce de toxicidade pela lamotrigina e a sua suspensão, numa doente medicada com valproato de sódio, no sentido de evitar a evolução para casos graves (S Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica). Salientam ainda que neste caso, a presença de sintomas sistémicos obrigou a excluir a síndrome de hipersensibilidade associada a sintomas sistémicos.

P n.º 0943

Doença de von Willebrand: a importância dos antecedentes familiares

Manuel g. Costa(1);João Casanova Pinto(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças hematológicas

A doença de von Willebrand é o distúrbio hemorrágico hereditário mais frequente.
Uma mulher de 30 anos de idade esteve internada por COVID-19 grave. Da avaliação laboratorial adicional identificou-se anemia hipoproliferativa e microcítica (hemoglobinemia 10,9 g/dL, índice reticulocitário 1,2%, volume globular médio 75 fL). Em avaliação posterior em consulta externa identificou-se ferropenia (ferritina 10 mcg/L, saturação da transferrina 13%). Apuraram-se menorragias e hematomas fáceis, sendo o Bleeding Assessment Tool da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostase (ISHT-SCC BAT) igual a 3. O exame e ecografia ginecológica não apresentavam alterações. Os tempos de protrombina e de tromboplastina parcial activada eram normais. Quando questionada acerca da história familiar, a doente referiu existirem casos de anemia por menorragias em várias gerações do lado materno e um tio-avô falecido de doença hematológica com manifestações hemorrágicas não especificada. Pela história familiar, procedeu-se a investigação adicional que identificou redução da actividade do factor de von Willebrand (40%) sendo o antigénio normal. A actividade do factor VIII estava normal. Foi iniciada suplementação com ferro e, dado o diagnóstico de doença de von Willebrand, foi encaminhada a consulta de Imunohemoterapia.
Ainda que seja o distúrbio hemorrágico hereditário mais frequente, o diagnóstico da doença de von Willebrand é desafiante devido ao alargado espectro de apresentações clínicas, desde indivíduos assintomáticos a hemorragia grave pós-parto ou após trauma. Assim, o seu diagnóstico exige um elevado grau de suspeição, sendo que a colheita dos antecedentes familiares é crucial. No caso descrito, apenas a existência de antecedentes familiares permitiu levantar a suspeita do diagnóstico e conduzir à posterior investigação. Conclui-se que a colheita de uma anamnese cuidada é essencial na avaliação de doentes com anemia ferropénica e história de hemorragia.

P n.º 0946
Uma causa rara de disfagia
Patricia Ramos Dos Santos(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Outro

Introdução: O Valproato de sódio é um antiepilético antigo, amplamente utilizado em todo o mundo. Apesar dos muitos efeitos adversos, continua a ser um fármaco de eleição. A intoxicação crónica pode surgir com múltiplos sinais e sintomas, como náuseas, vómitos, perda de peso, transaminases elevadas, anemia, trombocitopenia, entre outros.
Caso Clínico: Homem 45 anos, caucasiano, com múltiplos antecedentes pessoais, incluindo epilepsia vascular, diabetes mellitus tipo 1 desde os 2 anos, com lesão de órgão alvo (nefropatia sob dialise e retinopatia diabética, polineuropatia). Medicado cronicamente com valproato de sódio, insulina glargina, furosemida. Internado por quadro de perda de peso, náuseas, vómitos e disfagia progressiva para sólidos e líquidos. O estudo etiológico com endoscopia digestiva, tomografia de pescoço e tórax excluiu causas estruturais para a disfagia. A avaliação por neurologia e psiquiatria não revelaram alterações compatíveis com causa neurológica ou psiquiátrica. Analiticamente com pancitopenia e doseamento do valproato de sódio sérico com níveis ligeiramente em cima dos níveis recomendados. Por suspeita de intoxicação cronica com valproato de sódio em doente submetido a hemodialise decidiu-se suspender e substituir com Levetiracetam. Verificou-se melhoria clínica da disfagia e resolução da pancitopenia.
Discussão: Como já descrito na literatura, a terapêutica de substituição renal (TSR) pode ter um papel importante no tratamento de intoxicações por diversos fármacos. Com este caso queríamos relembrar o impacto que a TSR pode ter nos níveis séricos dos fármacos, ajudando a filtrar as moléculas. Neste caso encontramos um jovem que apesar de sintomatologia típica de intoxicação por valproato, não apresentava valores séricos tóxicos. Com a descontinuação do fármaco e TSR 3 vezes por semana, foi possível reverter o quadro em poucos dias.

P n.º 0947

Recidiva de púrpura trombocitopénica imune em relação com metamizol

Manuel g. Costa(1);João Casanova Pinto(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As recidivas de púrpura trombocitopénica imune (PTI) são pouco frequentes e podem associar-se a eventos desencadeadores.
Uma mulher de 52 anos apresentava antecedentes de PTI primária diagnosticada 3 anos antes no contexto de hemorragia músculo-esquelética espontânea, tendo tido alta da consulta de Hematologia após manter persistentemente valores normais de plaquetas e ausência de fenómenos hemorrágicos ou purpúricos após mais de 12 meses sem corticoterapia. Foi admitida por gengivorragia e hemartrose atraumática do joelho direito. Referiu cefaleia de tensão recorrente nas últimas semanas no contexto de stress laboral para qual fazia metamizol três a quatro vezes por semana com boa resposta. A avaliação complementar revelou 2000 plaquetas/mcL sem outras alterações. Fez TC do crânio que não mostrou alterações. Suspendeu-se o metamizol e foi iniciada corticoterapia com pulsos de metilprednisolona, 15 mg/kg, durante 3 dias. Não se tendo verificado melhoria da contagem de plaquetas, foi administrada imunoglobulina endovenosa (IVIG). Observou-se melhoria clínica e elevação sustentada da contagem de plaquetas até aos 108000/mcL à data da alta.
Menos de 15% dos doentes com PTI apresentam recidiva da doença. A maioria das recidivas encontram-se relacionadas com infecções virais ou com exacerbações da doença auto-imune primária. Algumas classes farmacológicas encontram-se descritas como desencadeantes de PTI, em particular os derivados do quinino e o cotrimoxazol. Os anti-inflamatórios não esteroides também se encontram descritos como potenciais desencadeadores. A doente acima descrita apresentou uma recidiva da PTI após toma continuada de metamizol. Ao contrário do que sucede com a trombocitopenia induzida por fármacos de mecanismo não imune, na PTI relacionada com fármacos a suspensão do fármaco não é suficiente para o tratamento. Após a ausência de resposta à corticoterapia, a estratégia adoptada foi a administração de IVIG. Outra atitude possível seria a administração de rituximab.

P n.º 0952

Bacteriemia por Listeria monocytogenes - a propósito de um caso clínico

Marta Batoca Sousa(1);Carolina Carvalho(1);Nuno Pardal(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Ana Rita de Oliveira(1);Daniela Salgueiro(1);Ana Nascimento(1)
(1) MEDICINA - CHLM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA - VIANA DO CASTELO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A listeriose é uma infeção rara, estando reportados apenas 42 casos em Portugal no ano 2017. À apresentação é indistinguível de outras entidades que se manifestam com febre e sintomas constitucionais, sendo que em doentes imunodeprimidos podem ocorrer formas graves da doença, como meningite ou encefalite. Nestas situações a taxa de letalidade pode atingir os 30%, independentemente da instituição de tratamento eficaz.
CASO CLÍNICO: Homem de 55 anos, com carcinoma do cólon com metastização difusa. Em internamento recente, para radioterapia (RT) da coluna, diagnosticada metastização cerebral, iniciando Dexametasona e RT holocraniana. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por crise tónico-clónica generalizada (CTCG), precedida de prostração e cefaleia intensa. Na admissão, em mutismo, com abertura ocular espontânea, desvio conjugado do olhar para a direita e nistagmo horizontal. Do estudo complementar, a destacar leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reativa, acidemia respiratória e lesões sugestivas de progressão de doença metastática na tomografia computadorizada cerebral. Durante a permanência no SU objetivada febre e novas CTCG. Já no internamento, obtido resultado de hemoculturas com isolamento de Listeria monocytogenes. No líquor isolada a mesma bactéria. Instituído tratamento dirigido com Ampicilina e Gentamicina, mas ainda assim com evolução desfavorável, falecendo ao 14ºdia de internamento.
DISCUSSÃO: A mortalidade associada à infeção por Listeria é determinada pelo estado de imunidade prévio, local de infeção e precocidade do diagnóstico e instituição rápida de terapêutica. O atingimento do sistema nervoso central acarreta maior mortalidade (100% de mortalidade se não tratado vs 13 a 43% se tratado) e morbilidade (sequelas neurológicas frequentes entre os sobreviventes). É, por isso, fulcral um índice de suspeição alto de forma a prevenir um desfecho desfavorável.

P n.º 0961

Diarreia induzida por olmesartan: causa incomum de diarreia crónica

Beatriz Fernandes(1);Manuel g. Costa(1);Filipa Taborda(1);Maria João Lobão(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A diarreia induzida por olmesartan é uma causa incomum de enteropatia, tendo merecido um alerta por parte da Food and Drug Administration em 2013. Poucas vezes reconhecida, esta deve ser considerada no diagnóstico diferencial de diarreia com duração superior a 4 semanas.
Homem, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença cerebrovascular, e medicado com ácido acetilsalicílico, olmesartan, pantoprazol e sinvastatina/ezetimibe. Admitido por diarreia aquosa com 6 semanas de evolução, desidratação e acidemia metabólica hiperclorémica. Referia perda ponderal <10% do peso prévio. Negava relação da diarreia com a refeição, adere^ncia das fezes a` sanita, hematoque´zia, retorragia, anorexia, sudorese noturna, dor abdominal, na´useas, vo´mitos, queda de cabelo, alterações das unhas ou articulações e episo´dios de flushing. Negava ainda viagens recentes, contacto com animais ou passeios em zonas rurais. Já havia realizado um ciclo de metronidazol sem melhoria. A avaliação complementar permitiu excluir alterações das funções tiroideia e paratiroideia, gamapatia monoclonal, doença celíaca e síndrome carcinoide. A avaliação abdominopélvica por TC não mostrou alterações. As coproculturas e a pesquisa de Clostridioides difficile foram negativas. Foi realizada endoscopia baixa sem alterações, e alta com biópsia duodenal, que revelou “atrofia das criptas, expansão do córion por um infiltrado linfo-plasmocitário com numerosos neutrófilos e sinais de criptite.” Tendo-se excluído as principais causas de diarreia crónica, o olmesartan foi suspenso. Verificou-se a resolução completa da diarreia. Este caso corresponde ao descrito na literatura tanto na apresentação clínica como nos achados histológicos.
Tendo em conta a resolução dos sintomas com a suspensão do fármaco, em doentes com diarreia crónica medicados com olmesartan, poderá considerar-se a sua suspensão antes da realização da restante investigação etiológica, de forma a evitar exames complementares dispendiosos e invasivos.

P n.º 0964

Crise aplásica transitória por infeção por Parvovirus B19 em doente com anemia perniciosa e hemólise

Flávia Fundora Ramos(1);Catarina Pinto Silva(1);Luis Augusto Cardoso(1);Rita Sevivas(1);José Miguel Ferreira(1);Pilar Barbeito Barral(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O Parvovirus B19 é um eritrovírus humano com tropismo para as células progenitoras da medula óssea e a apresentação clínica dos doentes infetados é influenciada pela idade e estado imuno-hematológico. Em doentes com distúrbios hematológicos de base, como a anemia perniciosa, a infeção por este vírus pode cursar com crise aplásica transitória, levando a episódios de anemia severa.
Caso Clínico: Homem de 68 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, gastrite crónica e anemia em estudo em consulta de Medicina Interna, medicado com esomeprazol, metformina e ferro oral. Recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço em agravamento, anorexia e perda de peso não quantificada. Negava febre, hipersudorese noturna, queixas álgicas ou perdas hemáticas visíveis. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, com pele e mucosas descoradas. Do estudo realizado apontava-se pancitopenia, défice grave de vitamina B12, hiperbilirrubinemia direta, haptoglobina <8mg/dl, velocidade de sedimentação de 50mm e esfregaço de sangue periférico com anisocitose acentuada com dismorfismo, predominino macrocítico e neutrófilos hipersegmentados. Apresentava estudo endoscópico recente com sinais de gastrite crónica e ecografia abdominal sem hépato-esplenomegalia. Foi iniciada suplementação com vitamina B12 intramuscular, verificando-se melhoria da anemia, tendo alta orientado para consulta. O restante estudo pendente revelou Anticorpos Anti-célula parietal e Anticorpos IgG e IgM Parvovirus B19 positivos. Em controlo analítico evolutivo, verificada resolução da pancitopenia.
Discussão: O espectro de apresentação da infeção por Parvovirus B19 é bastante alargado e pode estar associado a complicações graves em doentes com patologia hematológica de base.
A suspeição de infeção por este vírus nestes doentes é essencial na medida em que poderão evitar-se procedimentos invasivos, como biópsia medular, uma vez que neste contexto a aplasia é transitória necessitando apenas medidas de suporte.

P n.º 0970

Trombocitopénia imune em doente COVID-19

Bruno Freitas(1);João Carlos Oliveira(1);Marco Fernandes(1);Ana Lynce(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombocitopénia imune (PTI) é uma doença rara, caracterizada pela redução das plaquetas circulantes (<100x10^9/L) que leva ao aumento do risco hemorrágico. Existem vários factores (ambientais, genéticos ou infecciosos) que levam ao aparecimento desta doença. As alterações da coagulação associadas ao COVID-19 têm vindo a ser relatadas com frequência crescente.

Caso clínico: Mulher de 73 anos, antecedentes de doença de Parkinson, sob terapêutica com levodopa/carbidopa e ropinirol, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal e diagnosticada com choque séptico secundário a diverticulite perfurada, com indicação para cirurgia emergente e posterior necessidade de estabilização em Unidade de Cuidados Intensivos. Transferida ao 34º dia de internamento, para a enfermaria de Cirurgia Geral. Ao 63º dia de internamento (apenas sob a sua terapêutica habitual e analgesia com tramadol) a doente apresentou pico febril isolado e consequente pesquisa de SARS-CoV-2 positiva. Por se manter assintomática e sem subida dos parâmetros inflamatórios não foi introduzida nenhuma terapêutica adicional. Ao 68º dia de internamento, 5º dia de infecção SARS-CoV-2, a doente apresentou trombitopénia grave de novo de 3x10^9/L. Após administração de immunoglobulina 1mg/kg/d durante 3 dias e subsequente inicio de prednisolona 1mg/kg durante 3 semanas melhoria da contagem plaquetária. Ao 72º dia de internamento houve recuperação total da contagem plaquetária.

Discussão: Os autores apresentam este caso clínico para alertar para a necessidade de vigilância dos doentes assintomáticos para a COVID-19 que podem desenvolver complicações graves e raras como a PTI, que devem ser diagnosticadas precocemente e tratadas de forma imediata.

P n.º 0971

Quando o feto revela a patologia da mãe

Bruno Freitas(1);Pedro Ferreira(1);Cristiana Camacho(1);Alice Sousa(1);Ana Lynce(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A gravidez é uma altura vulnerável na vida da mulher predispondo à manifestação de algumas doenças subjacentes, nomeadamente doenças autoimunes (DAI). As DAI podem apresentar-se com grande variabilidade clínica e autoanticorpos circulantes não específicos de órgão podendo associar-se a morbilidade obstétrica e fetal.
Caso clínico: Mulher de 30 anos, primigesta, sem antecedentes patológicos conhecidos e sem medicação habitual que às 28 semanas de gestação gemelar bicoriónica realizou ecocardiograma fetal que revelou bloqueio auriculoventricular (BAV) de 3.º grau num dos fetos; às 32 semanas em ecografia morfológica verificou-se restrição grave no crescimento do outro feto com anidrâmnio.
Na consulta apura-se fotossensibilidade e cansaço nos últimos 2 anos excluindo-se outras queixas. Foi excluída história de fenómenos tromboembólicos prévios e história familiar de doenças autoimunes. Das análises: velocidade de sedimentação 49mm/1ª h, anticorpo antinuclear positivo (++), anticoagulante lúpico, anticorpos anti-cardiolipina e anti-ß2-glicoproteína positivos (confirmados às 12 semanas) e anticorpo anti-SSa (Ro52 e Ro60) positivo forte.
Iniciou enoxaparina e ácido acetilsalicílico como preconizado e o parto foi induzido às 32 semanas, por cesariana.
Discussão: Os autores apresentam este caso pela particularidade que advém do diagnóstico ter sido sugerido pelas patologias diagnosticadas nos fetos que apresentavam quadros clínicos intrauterinos diferentes.
Nem todas as mulheres com anticorpos anti-Ro e anti-La com recém-nascidos com BAV têm Lupus Eritematoso Sistémico, podendo desenvolver outra DAI. Neste caso a restrição de crescimento parece estar associada a uma Síndrome Antifosfolipidica secundária.
A vigilância destas mulheres deve ser realizada em centros que permitam uma avaliação multidisciplinar e integrada.

P n.º 0972

Serotonin Syndrome: The good physician hunts the disease…the great physician diagnoses and treats it

Bernardo Vidal Pimentel(1);Maria Carolina Paulino(1);Isabel Esperança(1);Rodrigo Marques Ferreira(1);Joana Santos(2);António Rocha de Almeida(3);António Manuel Messias(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa (2) Hospital Garcia de Orta, EPE (3) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUCTION
Serotonin syndrome (SS) is a usually mild but potentially life-threatening condition which can be effectively managed if rapidly diagnosed. The main challenge is its clinical recognition.

CASE REPORT
A 49-years-old man with depression and attention deficit hyperactivity disorder treated with trazodone (TZD) and methylphenidate (MPH) was admitted in our intensive care unit (ICU) with altered mental status (AMS) following an elective cervical arthrodesis in another clinic. The surgery was done under intravenous anesthesia including fentanyl (FTY) use and had no intraoperative complications. Afterwards, spontaneous ventilation but not full mental status recovery was achieved. At admission in our ICU, he was severely agitated, tachycardic (140bpm), hypertensive (170/90mmHg) and hyperthermic (38ºC). The neurologic examination (NE) revealed spontaneous eye response with abnormal ocular movement, no verbal response and hyperkinetic and akathisic movements without localizing pain. Because of the severe AMS, invasive mechanical ventilation was performed. SS was suspected in the context of TZD and MPH medication added to serotonergic drugs use as FTY and ondansetron. Benzodiazepine treatment was initiated, with following quick improvement of neurological status. Extubation was performed after 36 hours. Anamnesis and complementary diagnostic methods excluded other causes. The patient was discharged after five inpatient days, without relevant signs and symptoms including a normal NE.

DISCUSSION AND CONCLUSION
SS is classically described as the triad of AMS, autonomic hyperactivity and neuromuscular abnormalities, but it's actually a spectrum of clinical findings. In our case, the critical status difficulted the performance of the not fully sensitive Hunter Criteria. However, the clinical suspicion in a high serotonergic context, the exclusion of other causes, and the quick onset and improvement with benzodiazepine treatment confirmed the diagnosis of SS.

P n.º 0973
Um caso de mutismo
Marta Riquito(1);Carlos Costa(1);Sara Bravo(1);Daniela Ribeiro Alves(1);Tiago Rabadão(1);Mariana Teixeira(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Encefalopatia de Hashimoto (EH) é uma doença autoimune rara, sendo mais comum em mulheres de meia idade. Pela grande variabilidade de manifestações clínicas, representa um desafio diagnóstico e poderá encontrar-se subdiagnosticada.
Caso Clínico: Mulher de 77 anos admitida por febre, prostração e anorexia com cinco dias de evolução. Associadamente, perda progressiva de autonomia com diminuição do discurso, ataxia e quedas de repetição, durante cinco meses. Antecedentes de insuficiência cardíaca, fibrilhação auricular hipocoagulada, aterosclerose carotídea, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hiperuricemia e obesidade grau 1. Ao exame objetivo, vigil, sem discurso e não colaborante; temperatura auricular: 38,8ºC. Internada no Serviço de Medicina Interna (MI) com o diagnóstico de pielonefrite aguda a Klebsiella pneumoniae. Cumpriu terapêutica com ceftriaxone com resolução da febre e prostração, mantendo mutismo e recusa alimentar (introduzida sonda nasogástrica). Do restante estudo complementar realizado, elevação dos anticorpos anti-tiroperoxidase com função tiroideia normal, e proteinorráquia aumentada no líquido cefalorraquidiano. Excluídas outras infeções, doença cerebrovascular, atividade epilética, neoplasias, doenças metabólicas e patologia psiquiátrica. Iniciada corticoterapia considerando EH, com resolução completa do quadro posteriormente. Teve alta ao 42º dia de internamento, mantendo seguimento em Consulta de MI e sem recorrência da sintomatologia.
Discussão: A presença de sintomas neuropsiquiátricos, o aumento de anticorpos anti-tiroideus, a resposta à corticoterapia e a exclusão de outras causas de encefalopatia, são essenciais para o diagnóstico. A história clínica e o conhecimento desta patologia são, também, fulcrais. As infeções, motivo de internamento frequente nos Serviços de MI, poderão amplificar a complexidade do quadro clínico. Os autores realçam ainda que a maioria dos doentes com EH se encontram eutiroideus.

P n.º 0979

Toxidermia a antibacilares - Os desafios de um doente VIH+ com tuberculose

Gregória Maria Baió(1);Margarida Almeida Midões(1);Maria Luisa Sánchez(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose constitui um problema de saúde pública a nível mundial, corresponde à infeção com maior taxa de mortalidade. Os indivíduos VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivos, devido à imunosupressão são mais propensos ao desenvolvimento de tuberculose, a ausência de tratamento aumenta a morbimortalidade.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 63 anos de idade e com antecedentes de Infeção VIH sob terapêutica antiretroviral com Raltegravir 400mg 12/12h e Emtricitabina/Tenofovir 200+245mg 24/24h, com carga viral indetetável (<20) e contagem de CD4 272, tabagismo e etilismo. Doente internado por tuberculose pulmonar resistente à isoniazida, sob Rifampicina 300mg, Pirazinamida 1500mg, Etambutol 800mg e Levofloxacina 750mg. A D15 de terapêutica inicia quadro de exantema generalizado sem afeção da face associado a prurido, febre, náuseas e vómitos e eosinofilia, aumento do INR e ligeiro agravamento da função renal a nível analítico. Foi assumido o diagnóstico de Toxidermia a antibacilares pelo que os mesmos foram suspensos temporariamente e foi iniciada terapêutica com prednisolona 0.5mg/kg/dia e hidroxizina 25mg, observando-se regressão da sintomatologia cutânea e sistémica e normalização analítica. Posteriormente, os antibacilares foram reinstituídos à vez a cada 72h, primeiro pela rifampicina sem intercorrências seguida, de etambutol tendo desenvolvido febre e pele marmoreada pelo que o mesmo foi novamente suspenso, reiniciou pirazinamida sem intercorrências e 1 hora após reintrodução de levofloxacina ocorreu exantema, náuseas e vómitos e lipotimia pelo que a mesma foi suspensa de imediato com melhoria posterior do quadro, o etambutol foi novamente reinstituído sem novas reações. Pelo quadro apresentado foi assumida toxidemia a levofloxacina e decidiu-se terapêutica com rifampicina, pirazinamida e etambutol durante 6 meses.
Discussão: A toxidermia a fármacos antibacilares apesar de incomum constitui uma condição grave, se não for atempadamente identificada e tratada poderá comprometer a vida. Contudo, a tuberculose se não for tratada também comprometerá a vida, pelo que neste tipo de situação clínica a suspensão da terapêutica ser de carácter temporário, tornando-se crucial a identificação do fármaco desencadeante.

P n.º 0982

Diabetes insípida nefrogénica: uma síndrome rara associada a uma rara iatrogenia

Jorge Governa(1);Fábia Cerqueira(2);João Freitas(2);Fátima Gonçalves(2);Gonçalo Domingos(2);Inês Sousa(2);Maria Cunha(2);Inês Maury(2);Tiago Marques(2);Carla Santos(2);Robert Badura(2);Álvaro Pereira(2)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças raras

Introdução: A diabetes insípida nefrogénica (DIN) no adulto ocorre maioritariamente por toxicidade farmacológica, sendo o lítio e a demeclociclina dos fármacos mais frequentemente associados. Há casos descritos de DIN associada ao uso de daptomicina, embora seja uma ocorrência rara. O presente caso clínico ilustra esta associação.
Caso clínico: Mulher de 74 anos, com antecedentes de oligofrenia, hipertensão arterial, hipotiroidismo, epilepsia e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de prostração, dor abdominal, diarreia, vómitos e hipotensão arterial. Foi internada com o diagnóstico de sépsis sem ponto de partida identificado e lesão renal aguda, tendo neste contexto iniciado antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam. No decurso da investigação, estabeleceu-se o diagnóstico de endocardite infecciosa (EI) por Staphylococcus epidermidis, tendo sido alterada a antibioterapia para daptomicina, com melhoria do quadro. Ao 11º dia de daptomicina, assistiu-se a depressão do estado de consciência, febre, hipotensão arterial, agravamento da função renal e hipernatremia. Por suspeita de sobreinfecção bacteriana, alterou-se o antibiótico para meropenem e linezolide com melhoria do quadro séptico, retomando-se posteriormente a daptomicina para tratamento da EI. Manteve-se a hipernatremia grave, associada a poliúria e hiposmolaridade urinária. Confirmou-se o diagnóstico de DIN. Por suspeita de toxicidade farmacológica, suspendeu-se a daptomicina com melhoria gradual das alterações descritas. Objectivou-se evolução clínica desfavorável com novo quadro de sépsis, verificando-se o óbito ao 42º dia de internamento.
Discussão: A DIN está mais frequentemente associada a toxicidade farmacológica. Embora raros, há casos descritos de DIN por toxicidade a daptomicina. No caso apresentado, a suspensão da daptomicina com a consequente reversão da síndrome de DIN evidenciou a relação de causalidade.

P n.º 0986

Anemia associada a doença auto-imune

Joana Cabral(1);Ana Isabel Machado(1);Margarida Araújo(1);Isabel Vieira(1);Luísa Pinto(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A anemia apresenta-se em cerca de 5% da população adulta mundial e acompanha várias outras doenças. Pode ser causada por vários fatores como hemorragia crónica, mal-absorção ou inflamação crónica. Na prática clínica, a anemia ferropénica e as formas combinadas de anemia devido a diferentes mecanismos patofisiológicos são mais frequentes.
Iremos relatar o caso clínico de um doente referenciado para consulta de Medicina Interna por anemia de etiologia desconhecida.
Caso clínico
Homem, 50 anos, antecedentes de vitiligo e toxicodependência (sem consumos: 20 anos). Recorreu ao médico assistente por astenia, dispneia, toracalgia e palidez com cerca de seis meses de evolução. Negava perda ponderal, anorexia, febre ou perdas hemáticas visíveis.
Foi enviado ao serviço de urgência por anemia (Hb 6.5g/dL) microcítica hipocrómica, foi transfundido com duas unidades de eritrócitos e iniciado tratamento com ferro oral (ferro sérico 8ug/dL; ferritina 4ug/dL) e estudo etiológico da anemia em ambulatório.
Endoscopia digestiva alta: gastrite crónica associada a Helicobacter pylori, tendo sido realizada a erradicação. Colonoscopia sem alterações.
Por persistência da anemia, foi referenciado para consulta de Medicina Interna.
Do exame objetivo, salienta-se palidez cutânea e adenopatia na região postero-superior do pescoço com cerca de 3cm, dura, móvel e indolor; e múltiplas adenopatias submandibulares centimétricas.
Analiticamente apresentava Hb 8.4g/dL, reticulócitos 1.6%; ferro sérico 23ug/dL, ferritina 3ug/dL, transferrina 385ug/dL, IST: 5% (apesar da terapêutica com ferro oral); TSH 5.2mUI/mL; anticorpo anti-célula parietal: 1/160; sem outras alterações. Esfregaço e imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações.
Tomografia computorizada cervical, abdomino-pélvica: gânglios infracentimétricos submandibulares, jugulares e cervicais posteriores, provavelmente reativos; raros gânglios peri-celíacos e ilíacos; esteatose hepática.
Estudo analítico do exterior: anticorpos anti-TPO e anti-tireoglobulina positivos, tendo-se diagnosticado tiroidite auto-imune.
Iniciou ferro endovenoso, com melhoria analítica (Hb 13.4g/dL e IST 24%).
Discussão
O caso clínico relata um doente que apresenta anemia ferropénica provalvelmente por mal-absorção associada a doença auto-imune.

P n.º 0989

Diagnóstico vendados – por trás de uma dor osteoarticular

Isabel Vieira Fernandes(1);Margarida Araújo(1);Ana Isabel Bezerra Machado(1);Francisco Nunes Gonçalves(1);Maria Luísa Pinto(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

São vários os casos observados em contexto de urgência que recorrem múltiplas vezes por queixas do mesmo foro. Revela-se frequentemente necessário mudar a perspetiva de forma a esclarecer a origem das queixas.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 65 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, anemia ferropénica (recusou estudos endoscópicos) e história de queimadura do tórax anterior enquanto criança, a condicionar alteração estrutural do tórax. Por uma dor dorsal localizada à omoplata, mais frequentemente à esquerda, que descrevia como constante mas que agravava com esforços, com 3 meses de evolução, e que associava a um episódio de maior esforço físico. Vem ao serviço de urgência por evolução das queixas, na altura a interferir com o sono. Neste intervalo de tempo, recorreu aos cuidados de saúde várias vezes e realizou múltiplas terapêuticas analgésicas apenas com ligeira melhoria. Negava sintomas constitucionais ou febre, tal como alterações de força ou sensibilidade. À observação na admissão, apresentava-se com um exame físico e um estudo analítico sem alterações de relevo. Realizou radiografia do tórax que revelou uma massa mediastínica. Neste contexto, fez tomografia computorizada torácica que evidenciou extensa lesão neoformativa de contornos lobulados em topografia paravertebral no terço superior do hemitórax esquerdo, com envolvimento intracanalicular, e múltiplas adenopatias. Realizou ressonância magnética que exclui a hipótese de doença neurogénica (nomeadamente neurinoma ou neurofibroma) e fez-se biópsia da massa que veio a identificar um Linfoma de células B de baixo grau, não caracterizável na amostra em questão. Imunofenótipo: CD20+, CD3-, CD5-, CD23-, Ciclina D1-, bcl2+, bcl6+, CD10+/-. A doente foi orientada para consulta de Hemato-oncologia e iniciou tratamento com quimio e radioterapia, apresentando atualmente estabilização da doença.
Trata-se de um caso em que facilmente poderia ter passado despercebida a origem do problema. Pretende-se alertar para as queixas inespecíficas que motivam múltiplas vindas à urgência, que exigem uma avaliação não menos completa e hipóteses diagnósticas alternativas.

P n.º 0990

Quando o diagnóstico é feito após a oportunidade de tratamento

Isabel Vieira Fernandes(1);Margarida Araújo(1);Ana Isabel Bezerra Machado(1);Francisco Nunes Gonçalves(1);Maria Luísa Pinto(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Não é raro encontrarem-se situações em que queixas básicas se revelam como patologias complexas, surgindo as dúvidas diagnósticas após uma anamnese minuciosa.
Apresenta-se o caso de um homem de 82 anos, autónomo, que deambulava com apoio por dor no membro inferior e que residiu em Angola durante 56 anos, estando agora num lar. Dirige-se ao serviço de urgência por gonalgia direita com mais de 3 meses de evolução, com fraca cedência a terapêuticas analgésicas, incluindo infiltrações articulares. Esteve internado em Luanda no ano anterior para orientação de gonartrose do joelho direito e anemia ferropénia. Associadamente, referiu perda de 10Kg em 4 meses e hipersudorese noturna. Trazia consigo exames complementares de diagnóstico, nomeadamente estudos endoscópicos que não mostravam alterações de relevo e uma tomografia computorizada lombossagrada do mês anterior a referir alterações da densidade da matriz óssea em L2. Na admissão, apresentava um exame físico sem alterações e analiticamente destaca-se anemia microcítica e hipocrómica e elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada que revelou lesões ósseas mistas (osteolíticas e osteoblásticas), mais evidentes em L2, nos ossos da bacia e porção proximal femoral bilateral, assumidas como mais provavelmente lesões metastáticas. Dado que o doente possuía material metálico não foi possível realizar ressonância magnética. A tomografia de emissão de positrões realizada não identificou outras alterações. Fez biópsia da lesão óssea que identificou carcinoma pouco diferenciado de padrão sarcomatoide, porém, pelo estudo realizado e após observação por outras especialidades, não foi possível identificar a neoplasia primária. Teve alta com controlo sintomático e foi referenciado para Cuidados Paliativos dada a ausência de condições para realização de tratamento dirigido. Infelizmente, o doente perdeu o seguimento e, através dos registos informáticos, foi possível constatar o seu falecimento.
Apesar da múltipla procura por cuidados médicos a situação clínica deste doente evoluiu desfavoravelmente. Revela-se essencial a atenção a sinais de alarme, muitas vezes desvalorizados pelo doente pela sua evolução gradual e que devem ser investigados sempre que oportuno.

P n.º 0993

Adenopatia Axilar – a propósito de caso clínico

Ângela Paredes Ferreira(1);Ana Rita de Oliveira(1);Carolina Carvalho(1);Daniela Salgueiro(1);Marta Batoca Sousa(1);Nuno Pardal(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Miguel Reis Costa(1);Irene Miranda(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As adenopatias axilares são muitas vezes inespecíficas ou reativas a infeções ou neoplasias. Uma causa comum quando associada a lesões cutâneas é a doença da arranhadura do gato, zoonose causada pela Bartonella henselae (BH), que pode ser assintomática ou apresentar sintomas desde lesões cutâneas, febre, envolvimento visceral, neurológico e ocular.
Caso Clínico: Mulher, 46 anos, com lesão nodular benigna na mama direita. Inicia eritema com endurecimento entre o 4º/5º dedo da mão direita e tumefação axilar dolorosa homolateral, foi medicada com amoxicilina/ácido-clavulânico. Ecografia axilar mostrou duas volumosas adenopatias. Agravamento sintomático e lesões papulares acastanhadas nos membros superiores, recorre ao serviço de urgência (SU). Análises com elevação de parâmetros inflamatórios, serologias víricas negativas; VDRL, reações de Widal e Wright não reativas. Teve alta sob doxiciclina, com hemoculturas (HC) em curso. Volta ao SU 10 dias depois por manter queixas. Negava febre, tosse, dispneia, hipersudorese nocturna, traumatismo local ou contacto com tuberculose. Tinha cães e há 1 mês um gato. Repetiu ecografia e TC toraco-abdomino-pélvico que mostravam apenas adenopatias axilares direitas com abcesso. Fez drenagem e iniciou cotrimoxazol que cumpriu 10 dias com melhoria. Biópsia de lesões cutâneas negativas para malignidade. Microbiologia de pus e HC negativas. Serologias para BH com IgG positivo (1:1280), concluindo-se por infeção por BH com adenopatia axilar complicada com abcesso.
Conclusão: Na infeção por BH, a adenopatia é habitualmente regional e ocorre 1-3 semanas após inoculação. Em 25% dos casos desenvolvem supuração e cerca de 10% necessita de drenagem. A falta de exames mais precisos e a dificuldade em cultivar o agente impedem o diagnóstico ágil, acabando por ser feito com base na história de exposição a gatos e serologias. Apesar da infeção ser auto-limitada, sem necessidade de tratamento, neste caso, por complicação com abcesso, foi necessário antibioterapia.

P n.º 0994

Endocardite e meningoencefalite: um caso de Listeriose invasiva

Duarte André Ferreira(1);Rita Lino(2);André Guimarães(2);Leonor Dias(2);Pedro Ribeirinho-Soares(2);Catarina Vilaça Pereira(2);Ana Rita s. Gomes(3);Nélia Neves(2);António Sarmento(2)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE (3) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A infeção por Listeria monocytogenes (LM) pode-se manifestar com doença invasiva, como meningoencefalite e bacteriemia, em doentes imunodeprimidos, grávidas, recém-nascidos e idosos. Mais raramente pode cursar com endocardite, afetando válvulas nativas, protésicas ou outros dispositivos intracardíacos.

Caso clínico:
Doente do sexo masculino, 75 anos, com antecedentes de anemia; fibrilação auricular; pacemaker; estenose aórtica severa com colocação de bioprótese há 7 anos, complicada com endocardite protésica; 1 ano depois nova endocardite da prótese aórtica com extensão à tricúspide, com evolução para síndrome cardiorrenal grave.
Por quadro de astenia e febre vespertina com 2 semanas de evolução recorreu ao Serviço de Urgência. Objetivamente: apirético; auscultação cardíaca arrítmica, sopro grau 2 no foco tricúspide, exame neurológico sem alterações. Analiticamente discreta agudização da anemia, sem leucocitose, PCR 62.6 g/dL, BNP 797 ng/L.
Ficou internado por suspeita de endocardite. Apresentou crescimento de LM em hemoculturas sucessivas, pelo que iniciou ampicilina e gentamicina. Apesar de ausência de clínica de meningite ou encefalite, foi efetuada punção lombar, que se revelou compatível com meningite (415 cél/µL, com 84% polimorfonucleares e proteinorráquia). No entanto o exame bacteriológico e a biologia molecular no líquor foram negativos para LM.
Realizou ecocardiograma transtorácico e transesofágico, sem imagens sugestivas de trombos, vegetações ou abcessos, pelo que realizou posteriormente PET cardíaco, que identificou captação heterogénea na válvula cardíaca tricúspide, compatível com endocardite.
Por agudização da doença renal crónica suspendeu a gentamicina após 6 dias de terapêutica, tendo permanecido com ampicilina em monoterapia. O restante internamento decorreu sem intercorrências tendo continuado o seu tratamento em regime de hospitalização domiciliária.

Discussão:
A infeção por LM pode originar um diverso leque de manifestações clínicas, desde gastroenterite a doença invasiva, como bacteriemia, sépsis ou meningoencefalite.
A endocardite infeciosa de uma prótese valvular preexistente é uma complicação rara de listeriose invasiva. A idade (>60 anos) e a presença de doença cardíaca valvular são os principais fatores de risco.

P n.º 0996

AVC cardioembólico em contexto de endocardite infecciosa

Ricardo Reis Veloso(1);Ana Catarina Simas(1);Nuno Miguel Amorim(1);Mariela Rodrigues(1);Joana Decq Mota(1);Juvenal Morais(1);Ana Carolina Silveira(1);Joana Cardoso(1);Fátima Pinto(1);Rui Suzano(1)
(1) Hospital da Horta

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) cardioembólico corresponde a cerca de 20% dos casos de AVC, com a endocardite infecciosa (EI) a surgir como uma das principais etiologias neste contexto. Apesar de corresponder a uma minoria dos casos globais de AVC, até 40% dos doentes com EI apresentam sequelas neurológicas, e nestes casos o tratamento da EI é essencial para prevenir danos adicionais. Por isso, é essencial estabelecer este diagnóstico para garantir que o tratamento adequado é administrado, minimizando o potencial impacto de uma doença que é a principal causa de incapacidade mundialmente, assim como uma das principais causas de mortalidade.
CASO CLÍNICO: Homem de 56 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e epilepsia. Admitido por clínica de disartria, paresia facial central, paresia do membro inferior direito e ataxia da marcha, com tempo de evolução indeterminado (Wake-up stroke, NIHSS 6). Do estudo inicial, destaca-se tomografia computorizada cranioencefálica (TCCE) sem alterações agudas e elevação ligeira de marcadores de necrose miocárdica (MNM), sem alterações do electrocardiograma (ECG), com elevação da proteína C reactiva (PCR). Internado para tratamento e estudo etiológico. No decorrer do internamento, apresentou pico febril no 2º dia de internamento, mas sem queixas além dos défices neurológicos, sobreponíveis à admissão. Na TCCE de reavaliação, 48h após, não foram detectadas alterações. Manteve elevação da PCR, com MNM em padrão decrescente. No decorrer do estudo etiológico foi detectada vegetação na válvula mitral em ecocardiograma transtorácico. Colheu hemoculturas, que foram negativas. Iniciou antibioterapia empírica com ampicilina, gentamicina e flucloxacilina. Foi avaliado por Estomatologia, tendo sido realizada extração dentária por doença periodontal activa. No decorrer do internamento, apresentou remissão total dos défices neurológicos, e melhoria dos parâmetros inflamatórios.
DISCUSSÃO: Este caso foi uma oportunidade de rever as etiologias menos comuns para AVC isquémico. Num doente jovem com AVC, a etiologia subjacente é de suma importância pois o potencial impacto de um AVC é mais significativo. Neste caso existiam alguns factores de risco vasculares, mas era essencial discernir a etiologia em causa de forma a garantir um tratamento eficaz.

P n.º 0998

Doença de Fabry – causa rara de alterações cardíacas e neurológicas

Ângela Paredes Ferreira(1);Ana Rita de Oliveira(1);Carolina Carvalho(1);Daniela Salgueiro(1);Marta Batoca Sousa(1);Nuno Pardal(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Miguel Reis Costa(1);Irene Miranda(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças raras

Introdução: A doença de Fabry (DF) encontra-se associada ao cromossoma X, com mutações no gene que codifica a enzima α-galactosidase A (α-Gal A). Clinicamente é heterogénea e de progressão lenta, com fenótipo clássico e não clássico de início tardio, que se manifestam com insuficiência renal progressiva, cardiomiopatia hipertrófica (CMH), alterações do ritmo cardíaco e acidente vascular cerebral (AVC). No sexo feminino o espectro da doença é muito variável.
Caso Clínico: Mulher de 54 anos, com antecedentes de provável cardiopatia infiltrativa em ecocardiograma de 2020, sem estudo etiológico, e consumo nocivo de álcool. Inicia declínio cognitivo multidominios (mnésico, visuoespacial, funções executiva e comportamental) com início provável há 1 ano e agudização nos últimos 3meses. Ao exame físico de salientar desorientação, discurso parco e confuso, diminuição global da força, sem flapping ou sinais meníngeos. Análises com anemia macrocítica e aumento da desidrogenase lática, fosfatase alcalina e gamaGT; função renal normal. Excluída infeção do sistema nervoso central. Estudo vírico e auto-imune negativos, função tiroideia normal, sem défices vitamínicos. Electroencefalograma com encefalopatia difusa. RM Cerebral com hipersinal da substância branca peri-ventricular e pequenos focos nas regiões subcorticais da alta convexidade, sem lesões agudas. Revisão de antecedentes familiares identificando entes com DF, nomeadamente o filho (que lhe foi retirado). Isto associado a RM Cardíaca com hipertrofia do ventrículo esquerdo (podendo traduzir envolvimento incipiente de DF) e doseamento de α-Gal A baixo, levou ao diagnóstico de DF em doente com demência mista (vascular e alcoólica). Pela impossibilidade de realizar teste genético, foi orientada para consulta de Genética Médica.
Conclusão: A DF é muitas vezes identificada no rastreio de AVC, doença renal crónica e CMH. O diagnóstico é feito pela diminuição da α-Gal A nos homens e pela pesquisa de mutação nas mulheres (uma vez que a α-Gal A pode estar normal).

P n.º 1002

Hemorragia alveolar como primeira manifestação de SAFL

Patricia Ramos Dos Santos(1);Beatriz Castanheira(1);Elena Pirtac(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A hemorragia alveolar difusa (HAD) é uma manifestação clínica com alta taxa de mortalidade que deve ser investigada, reconhecida e estabilizada. As causas mais frequentes incluem infeção respiratória, malformações arteriovenosas, discrasias hemorrágicas e doenças autoimunes. O síndrome antifosfolipídico (SAFL) é uma doença autoimune associada a fenómenos trombóticos e perdas fetais. Pode ter etiologia primária, a mais, ou secundária, quando surge em concomitante com outras patologias (como o Lúpus Eritematoso Sistémico). As manifestações clínicas mais frequentes são trombóticas (trombose venosa profunda, acidente vascular cerebral e embolia pulmonar) e raramente a HAD.
Caso Clínico: Mulher de 55 anos, raça negra, testemunha de Jeová, sem antecedentes conhecidos. Recorreu à urgência por quadro de tosse produtiva raiada de sangue, dispneia em repouso, febre, mialgias com 1 semana de evolução. Foi internada por infeção trato respiratório e insuficiência respiratória parcial com necessidade de oxigenioterapia e iniciou antibioterapia empírica. Realizou tomografia computorizada torácica que revelou: densificação em vido despolido em todos os lobos pulmonares. Por suspeita de HAD realiza broncofibroscopia que confirmou o diagnóstico. Por agravamento da insuficiência respiratória com necessidade de oxigenioterapia de alto fluxo foi transferida para unidade de cuidados intensivos (UCI). Verificou-se melhoria clínica sob corticoterapia e ácido tranexamico. O estudo etiológico da HAD revelou SAFF, confirmado após 12 semanas.
Discussão: Este caso salienta a importância de manter alta suspeita clínica para a possibilidade de o SAFL estar na origem de complicações graves, como a HAD. O gold standard para confirmar o diagnóstico é a biópsia pulmonar, que acarretar riscos acrescidos. Acreditamos, por isso, que quando outras etiologias são menos prováveis e os exames complementares o sugerem, o diagnóstico de HAD secundária a SALF deve ser feito.

P n.º 1005

Quando a resposta está na pele – a propósito de um caso clínico

Madalena Machete(1);Catarina Relvas(1);Hugo Alves(1);Sílvia Balhana(1);Carla Noronha(2)
(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo, Loures (2) Consulta de Doenças Auto-Imunes, Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA) é uma vasculite necrotizante de pequenos vasos, com prevalência estimada de 10 casos/milhão de habitantes na Europa. A asma é a principal manifestação, precedendo em anos a fase vasculítica, que pode acometer vários órgãos, com morbimortalidade significativa.
Caso Clínico: Homem, 55 anos, autónomo, com asma diagnosticada aos 30 anos e de difícil controlo, rinossinusite crónica e polipose nasal.
Recorreu ao Serviço de Urgência por lesões vesiculares arroxeadas, pruriginosas, nos membros, face e couro cabeludo. Referia também edema e parestesias dos pés, mialgias gemelares, artrite das tibio-társicas, joelhos e cotovelos e sudorese nocturna. Sem febre, perda ponderal, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. À observação, sub-febril (37.6ºC), púrpura palpável e vesículas hemorrágicas dispersas, com envolvimento palmo-plantar, edema e hipoestesia álgica do dorso dos pés.
No estudo complementar, eosinofilia (10.260 eosinófilos), proteína C reactiva 17mg/dL, exame sumário de urina com proteinúria (1+) quantificada em 125mg/24h, anticorpo anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) MPO positivo (134U/mL), ANCA PR3 negativo, factor reumatóide positivo fraco (17UI/mL), IgE aumentada (372UI/mL). Electromiografia sem alterações. Tomografia computorizada de tórax: alterações bilaterais nodulares e em vidro despolido. Serologias víricas, Rickettsia e Aspergillus negativas. Biópsia cutânea: infiltrado perivascular e intersticial com neutrófilos e eosinófilos, vasculite, necrose e extravasão eritrocitária, confirmando o diagnóstico de GEPA.
Iniciou prednisolona e metotrexato, com excelente resposta, sem novas crises de asma ou rinite, com remissão das lesões cutâneas e da eosinofilia e ANCA MPO negativo ao fim de 4 meses.
Discussão: Este caso ilustra o carácter multi-sistémico e incapacitante da GEPA, reforçando a importância de a diagnosticar e tratar precocemente, de modo a controlar a progressão e melhorar o prognóstico.

P n.º 1006

Um diagnóstico inesperado na enfermaria COVID

Madalena Machete(1);Pedro Santos(2);Catarina Relvas(1);Ana Rita Ambrósio(1);Susana Carvalho(2);Carla Noronha(1);Célia Machado(1)
(1) Serviço de Medicina Interna, Hospital Beatriz Ângelo, Loures (2) Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A tricoleucemia é uma neoplasia rara de linfócitos B maduros (2% de todas as leucemias), estando a activação da via RAF-MEK-ERK implicada na patogénese. É mais frequente em homens caucasianos na faixa dos 50 anos.
Caso Clínico: Homem, 51 anos, história de gota. Recorreu ao Serviço de Urgência por artrite da tibio-társica e joelho esquerdos, refractária a colchicina, lesões ulceradas e exsudativas no dorso da mão esquerda e nariz, gengivorragias, cansaço e anorexia. À admissão, febril (38ºC), crostas necróticas na mão esquerda, pirâmide nasal e lábio inferior direito, edema e dor à palpação das articulações referidas. Sem hepatoesplenomegália.
No estudo realizado: hemoglobina 5.5g/dL, reticulócitos 0.8%, leucócitos 0,68x10(9)/L, 160 neutrófilos, plaquetas 20x10(9)/L, proteína C reactiva 23.31mg/dL. Pesquisa SARS-CoV2 por PCR positiva. No mielograma, medula infiltrada por células linfóides maduras, vilosidades citoplasmáticas, nucléolo conspícuo (tricoleucócitos), com imunofenotipagem compatível. Ecocardiograma transtorácico e tomografia computorizada abdomino-pélvica sem alterações, além de diverticulite aguda perfurada contida. Biopsada lesão da mão: infiltrado reactivo, sem relação com doença hematológica. Exsudado da lesão com Staphylococcus aureus meticilino-sensível. Restante estudo infeccioso e auto-imune negativo. Cumpriu antibioterapia e terapêutica de suporte com dexametasona e filgrastim, com melhoria da artrite e lesões cutâneas. Sem agravamento respiratório ou abdominal.
Referenciado para Hematologia. Re-internado por osteomielite da tíbia esquerda persistente, tendo cumprido antibioterapia prolongada de largo espectro. Iniciou terapêutica dirigida com vemurafenib (inibidor BRAF), em vez de cladribina, pelo elevado risco infeccioso. Actualmente, boa resposta hematológica e tolerância.
Discussão: Destaca-se a importância da gestão multidisciplinar destes doentes na correcta orientação após diagnóstico e na abordagem das intercorrências infecciosas.

P n.º 1007

ANEMIA FERROPÉNICA DE LONGA DATA – UMA CAUSA INCOMUM

Ana Furão Rodrigues(1);João Luís Cavaco(1);Francisco Capinha(1);Ana Júlia Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: Os anticorpos anti-células parietais (ACPA) estabelecem o diagnóstico de gastrite auto-imune (GAI). A prevalência na população é <5%, estando fortemente relacionada com outras patologias auto-imunes e a um risco 3 vezes superior de neoplasias gástricas. Em 90% dos casos evidencia-se anemia perniciosa simultaneamente. A escassez de sintomas dificulta o diagnóstico.
CASO CLÍNICO: Mulher de 57 anos, pós-menopáusica, que realizou colonoscopia em 2017, por retorragias, com excisão de pólipo da sigmóide. Três anos depois mantinha anemia ferropénica. Iniciou estudo etiológico: pesquisa de sangue oculto nas fezes negativo; endoscopia alta; ecografia abdominal e ginecológica sem alterações.
Suplementação com ferro oral durante 6 meses sem melhoria, sendo encaminhada à Consulta de Medicina Interna. Referia astenia e queda de cabelo nos últimos meses. Negava perdas hemáticas, alteração do trânsito gastrointestinal ou das fezes, intolerâncias alimentares, anorexia ou perda ponderal. Realçava-se apenas palidez mucocutânea à observação. Laboratorialmente apresentava Hb 9.6g/dL, VGM 67.5ft, HGM 21.2pg, ferro 35.8µ/dL, ferritina 2.9ng/mL, saturação de transferrina 9%, CTFF 414µ/dL, RDW 18%. Vitamina B12, folatos e esfregaço sanguíneo normais. Documentou-se gastrite atrófica antral em endoscopia alta, com pesquisa de H. pylori negativa. Pesquisa de anticorpos anti-transglutaminase e anti-gliadina negativa. Pesquisa de anticorpos APCA positiva. Tomografia de corpo sem alterações.
Realizou ferro endovenoso, com resolução da anemia após sessão única, sem recidiva. Assumido o diagnóstico de GAI, com acloridria, que justificava a manutenção da anemia ferropénica após um evento inicial de perdas, apesar de suplementação oral, por incapacidade de absorção de ferro.
CONCLUSÃO: A anemia ferropénica por GAI é pouco frequente, mas deve ser excluída na ausência de resposta a terapêutica marcial oral.

P n.º 1008

Um precipitante inesperado para a descompensação da diabetes mellitus

Luciana Jorge Silva(1);Leonor p. Silva(1);Nuno Leal(1);Joana Cochicho(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHVNGE - HOSPITAL DISTRITAL DE VILA NOVA DE GAIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A descompensação aguda da diabetes mellitus (DM) pode culminar em situações potencialmente ameaçadoras de vida. Nos doentes idosos com múltiplas comorbilidades, infeções, mais a pneumonia e as infeções do trato urinários (ITU), doenças cardiovasculares ou trauma podem resultar numa ingestão inadequada de líquidos levando à síndrome hiperosmolar (SHH). O rápido diagnóstico e tratamento é essencial. Apresentamos um caso clínico de DM descompensada.
Mulher, 84 anos, recorre ao SU por dor abdominal nos quadrantes inferiores associada a vómitos, obstipação com 7 dias de evolução e prostração. O exame físico não tinha alterações exceto o abdómen que era timpânico e com desconforto generalizado à palpação.
Analiticamente sem leucocitose, glucose687 mg/dl, creatinina1.85 mg/dl, ureia86 mg/dl, sódio131 mmol/L, osmolalidade plasmática314 mosm/kg, PCR9.55 mg/dl e sem citocolestase. Gasimetricamente sem acidose metabólica e sem hiperlactacidemia. Urina com leucocitúria o e nitritúria.
Ecografia renovesical revelou achados compatíveis com nefropatia crónica e litíase não obstrutiva no rim direito.
Assumida DM tipo 2 descompensada por uma ITU. Iniciou fluidoterapia, insulina por via endovenosa e ceftriaxone.
Resolvida a hiperglicemia, a doente manteve abdómen timpânico, distendido e doloroso nos quadrantes direitos. Ecografia abdominal revelou distensão das ansas do delgado, hipocinéticas, com colapso do colon sugestivo de síndrome oclusivo.
O TC-abdominal revelou imagens gasosas no interior da vesicula e edema sugestivo de colecistite prévia e volumoso cálculo biliar (3cm) migrado para o intestino delgado, provocando obstrução da valvula ileocecal.
Foi submetida a enterolitotomia por ileus biliar. No internamento manteve a hiperglicemia com necessidade de ajuste da medicação, normalizou o trânsito intestinal e teve alta posterior com seguimento em consulta.
As infeções são um dos precipitantes mais frequente da descompensação de DM e este caso apontava para ITU como causa. Porém, o exame fisico levantou a suspeita de outra etiologia, para a qual devemos estar alerta. O ileus biliar é uma complicação rara da colelitiase e com sintomas inespecíficos. Neste caso, para além da dor abdominal, os vómitos persistentes condicionaram desidratação e marcada descompensação glicémica.

P n.º 1014

Dorsalgia e elevação de d-dimeros como primeira manifestação de neoplasia da próstata

Vasco Gaspar(1);Bernardo Silva(1);Marta Orantos(1);Patrícia Simões(1);Inês Rodrigues(1);João Cardoso(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças oncológicas

O adenocarcinoma da próstata é das neoplasias mais frequentes no homem. Os d-dimeros são produtos de degradação da fibrina e traduzem aumento da atividade fibrinólitica secundária, sendo marcadores de hipercoaguabilidade e trombose. Nesse contexto, a maioria dos doentes com neoplasia têm d-dimeros elevados.
Homem de 67 anos, com antecedentes de hipertensão, multiplas fracturas por quedas verebrais, fumador. Vai ao SU por dor toracica e dorsal, sem irradiação, sem factores de agravamento ou de alivio, com evoluçao de várias horas, sem outras queixas associadas. Referia esforço físico intenso no dia anterior. Analiticamente apresentava D-Dimeros de 52000ng/L, tendo feito AngioTC que excluiu a presença de tromboembolismo pulmonar ou dissecçao aortica. Elevação ligeira da PCR, com ausência de febre. Ligeira rabdomiolise (CK 1331U/L), bem como ligeiro aumento de FA, LDH e AST.
Ficou internado na Cardiologia com suspeita de sindrome aórtico agudo, tendo o estudo efectuado, nomeadamente novo angioTC com captura pelvica, ecocardiograma transesofagico sem diagnóstico definitivo. Tranferido para o Serviço de Medicina Interna onde se manteve estável durante o internamento, sem novas queixas. Do estudo analitico durante o internamento destacou-se hiperparatiroidismo com ligeira hipercalcemia, e de referir diminuiçao espontanea dos d-dimeros e PCR durante os primeiros dias de internamento. Apresentava PSA de 19, com ecografia abdominal com próstata com aumento das dimensões (76cc), e TC sem presença de lesoes suspeitas, nomeadamente metastases.
Teve alta para consulta com pedido de ecografia prostática.
Fez biópsia prostática que mostrou adenocarcinoma acinar (Gleason 9). A TC coluna foi antecipada por queixas de dor lombar com irradiaçao para os membros inferiores, destacando-se alteração difusa de todas as vertebras com areas liticas e escleroticas a traduzir provavel infilatraçao secundaria difusa de neoplasia; fraturas somaticas mais evidentes em L1, D12 e D8 com afundamento das plataformas vertebrais.
Evolução favorável com nilutamida, leuprorrelina, docetaxel com boa resposta bioquimica e imagiologica.
Salienta-se assim uma apresentação atípica de neoplasia prostática com elevação substancial dos d-dimeros, predizendo doença grave.

P n.º 1015
Um estranho caso de febre

Andreia Mandim(1);Joana Vasconcelos(1);Ana Sofia Silva(1);Luciana Faria(1);Rita Moça(1);Fani Ribeiro(1);Rubina Silva(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças oncológicas

Piometra é uma patologia rara, que consiste na acumulação de conteúdo purulento na cavidade uterina. Mulher, 62 anos, antecedentes de HTA, DM tipo 2 e obesidade.Encaminhada ao serviço de urgência por quadro de astenia e perda de 10kg nos últimos 3 meses.Apresentava mucosas pálidas, febre e massa palpável no flanco esquerdo.Do estudo realizado: anemia microcítica hipocrómica, trombocitose, leucocitose e PCR elevada.TC abomino-pélvico: “no rim esquerdo lesão cística simples 3,4cm.Marcado aumento das dimensões uterinas à custa de lesões nodulares sólidas”. Internada para estudo.No internamento detetado corrimento vaginal com cheiro fétido, assumida vaginose bacteriana e iniciado metronidazol. Biópsia da massa renal revelou oncocitoma.Após antibioterapia, manteve-se assintomática, apirética e parâmetros inflamatórios em decrescendo, teve alta referenciada para consulta de Urologia e Ginecologia.Reinternada após 4 meses por recidiva de febre episódica e corrimento vaginal fétido após múltiplos ciclos de antibioterapia.Repetiu TC-abdomino-pélvico:“volumosa coleção intra uterina com nível hidroaéreo e volumosa formação nodular de aspeto sólido, consistentes com volumoso hematopiometra”.Transferida para o serviço de Ginecologia, realizada drenagem do pús, com isolamento de E.Coli e Enterococcus faecalis, e cumpriu 21 dias de meropenem.A histologia da biópsia endometrial revelou neoplasia maligna do endométrio com características de carcinoma diferenciado com marcada anaplasia nuclear e extensas áreas de necrose abecedadas. Submetida a histerectomia total, anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral. O caso reporta uma forma rara de apresentação de adenocarcinoma do endométrio. É tipicamente uma infeção polimicrobiana, sendo as neoplasias uterinas um dos fatores de risco. O tratamento passa pela drenagem do abcesso e antibioterapia dirigida, assim como pesquisa da causa da sobreinfeção.

P n.º 1020

Síndrome Platipneia-Ortodeoxia após doença COVID-19 ligeira

Filipa Soares Correia(1);Sandrine Fernandes(1);Diana Bernardo(1);Vital da Silva Domingues(1);Teresa Mendonça(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças raras

O Síndrome Platipneia-Ortodeoxia (SPO) é raro e caracteriza-se por dispneia e dessaturação com o ortostatismo, resolvendo, ao contrário das causas mais comuns de dispneia, em decúbito.
Apresentamos uma etiologia rara e mais recentemente reportada de um homem de 79 anos, com Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, tabagismo passado, Doença Renal Crónica e Linfoma de Grandes Células B testicular em remissão. Admitido por cansaço e dispneia para pequenos esforços, após infeção por COVID-19 ligeira diagnosticada 26 dias antes. Gasimetricamente em ar ambiente a revelar diferença superior a 5 mmHg de pO2 entre o decúbito (pO2 72.7mmHg) e ortostatismo (pO2 57.1mmHg). O estudo imagiológico com angiotomografia Computorizada do tórax excluiu tromboembolismo pulmonar e mostrou múltiplas áreas de consolidação e densificação em vidro despolido, bilateral e maioritariamente nos lobos inferiores. Excluiu-se ainda doença hepática, shunt intra-cardíaco e intra-pulmonar, assumindo-se pneumonia organizativa consequente à infecção COVID-19 como causa do SPO. Houve resolução da dispneia e da ortodeoxia (pO2 80.2 e 71mmHg em decúbito e ortostatismo, respectivamente) com terapêutica com corticoterapia.
A associação da doença Covid-19 com o SPO é pouco descrita, sendo a maioria formas graves, em doentes que necessitaram de ventilação mecânica ou de posição em decúbito ventral, o que não se verificou neste doente. Este raro caso destaca as consequências, ainda muito desconhecidas, da doença COVID-19 e também da necessidade de alto índice de suspeição para o SPO.

P n.º 1024

AVC isquémico como manifestação de Síndrome Antifosfolipídico

Rui Soares Correia(1);Ana Catarina Carvalho(1);Marlene Delgado(1);António Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
O Síndrome Antifosfolipídico (SAF) é uma doença autoimune sistémica que se caracteriza pela ocorrência de tromboses arteriais e venosas de repetição ou morbilidade obstétrica em associação à presença de anticorpos antifosfolipídicos. O espectro clínico é amplo dado que os processos trombóticos podem envolver qualquer território vascular, sendo assim, uma condição associada a elevado risco de morbilidade e mortalidade.
Caso Clínico:
Homem de 60 anos, com antecedentes de HTA e Hiperuricemia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de instalação súbita de hemihipostesia esquerda com inclusão da face, dismetria ligeira na prova de dedo-nariz à esquerda e desequilíbrio da marcha embora conseguisse efetuar marcha com apoio. Associadamente apresentava cervicalgia mecânica com 15 dias de evolução e sem história de traumatismo. Estudo analítico sem alterações dignas de registo nomeadamente contagem de plaquetas normal. A TC-CE foi normal e a TC-cervical mostrou protusões discais de C3 a C7. Admitido com o diagnóstico de AVC isquémico em território vertebrobasilar. A TC CE de controlo, às 48 horas, foi sobreponível. O estudo etiológico do evento cerebrovascular mostrou hipercolesterolemia, ateromatose bilateral sem sinais de compromisso hemodinâmico no ecodoppler dos vasos do pescoço, electrocardiograficamente ritmo sinusal e ecocardiograma apenas com sinais de cardiopatia hipertensiva. Iniciou anti-agregação plaquetária e evoluiu favoravelmente mantendo sempre ligeira hipostesia à esquerda. Em consulta, efetuou estudo que revelou anticoagulante lúpico, o qual foi novamente positivo às 12 semanas, cumprindo então critérios de SAF, pelo que se instituiu anticoagulação com varfarina, sem ocorrência de novos eventos trombóticos.
Conclusão:
É importante efetuar um estudo etiológico exaustivo no AVC sobretudo em doentes jovens, de modo a instituir as medidas terapêuticas e de prevenção secundária adequadas para prevenir novos eventos

P n.º 1027

Lesões ósseas e PSA elevado nem sempre são neoplasia da próstata

Rui Soares Correia(1);Mónica Santos(1);Marlene Delgado(1);Ana Lemos(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
O Mieloma Múltiplo é uma proliferação neoplásica de plasmócitos monoclonais. Evolui da gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS), que está presente em 3% da população com mais de 50 anos, a um ritmo de 1% ao ano. Mesmo com os avanços terapêuticos, esta neoplasia hematológica é responsável por 2% do total de mortalidade de todas as doenças malignas.
Caso clínico
Homem com 74 anos, antecedentes de hipertrofia benigna da próstata, osteoporose e psoríase. Referenciado à consulta de Medicina por quadro com 6 meses de dor torácica esquerda pleurítica, astenia e perda ponderal. Portador de TC tórax relatando “lesões osteolíticas em D7 e D8 e formação expansiva com fratura no arco lateral da 8ª costela direita”; e de RM dorsal descrevendo “lesões sugestivas de infiltração por neoplasia secundária, com fratura de D6 a D8”. Em consulta, realizou cintigrama ósseo que confirmou lesões secundárias de D6 a D8 e nos 9º e 10º arcos costais direitos. Iniciou estudo com PSA de 12 ng/mL e ecografia prostática transretal que mostrou apenas hipertrofia prostática. Realizou ainda TC TAP e Estudo endoscópico do tubo digestivo que não revelaram alterações adicionais. O estudo analítico revelou pico gama monoclonal na eletroforese das proteínas séricas e presença de bandas monoclonais IgG e lambda na imunoeletroforese das proteínas séricas mas ausência nas proteínas urinárias e sem outras alterações analíticas. O medulograma com imunofenotipagem apontou para MGUS, porém a biópsia óssea a nível das cristas ilíacas descreve medula óssea com envolvimento por neoplasia de plasmócitos consistente com Mieloma Múltiplo enquanto que a biópsia de lesão óssea D6/D7 revelou-se insuficiente. Perante o diagnóstico de Mieloma Múltiplo, o doente foi orientado para a Hematologia.
Conclusão
Salienta-se o caso, pela exclusividade do envolvimento ósseo com única manifestação desta neoplasia de plasmócitos.

P n.º 1031
Inespecificidade na Patologia Específica
Anabela de Carvalho(1);Ana Isabel sá(1);Gabriela Pereira(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças hematológicas

A leucemia linfoblástica aguda (LLA) é mais prevalente em crianças, com um segundo pico em adultos com mais de 60 anos. Os sintomas podem incluir fadiga, dor óssea ou artralgias, febre, sudorese noturna e perda ponderal.
Homem, 61 anos, antecedentes de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, dislipidemia e tuberculose ganglionar, foi enviado ao Serviço de Urgência por bicitopenia com linfocitose. Apresentava há 1 mês astenia, anorexia, perda ponderal e hipersudorese noturna. Trazia estudo de ambulatório com bicitopenia de novo: anemia normocítica e normocrómica (9.7g/dL); trombocitopenia 34000/uL; leucócitos (5060/UL) com inversão da fórmula leucocitária (580 neutrófilos e 4030 linfócitos, com 37% de blastos); velocidade de sedimentação e proteína C reativa aumentadas, alterações não presentes há 3 meses. Realizou endoscopia digestiva alta a documentar gastrite crónica com H. Pylori positivo para o qual se encontrava a realizar terapêutica de erradicação e colonoscopia sem alterações. Trazia ainda tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica sem alterações. Em curso tinha marcadores víricos, eletroforese de proteínas e autoimunidade. Ficou internado ao cuidado da Medicina Interna para estudo.
No primeiro dia de internamento realizado mielograma (MG) e imunofenotipagem (IFT) de medula óssea e sangue periférico com resultado preliminar no dia seguinte de IFT compatível com leucemia linfoblástica aguda linfóide B, com mais de 90% de blastos e MG com infiltração por 96% de blastos de pequeno a médio tamanho, núcleo de contorno regular com cromatina imatura, sem nucléolos - linfoblastos. Foi transferido para o IPO, atualmente a cumprir ciclo com Hyper-CVAD (ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina e dexametasona) em associação com imatinib e metrotrexato semanal, enquanto aguarda transplante.
A maioria dos doentes apresenta anemia, neutropenia e/ou trombocitopenia devido ao envolvimento da medula óssea. A contagem de leucócitos pode estar diminuída, normal ou muito elevada. O ritmo da doença é variável, alguns doentes apresentam sintomas que progridem lentamente ao longo de semanas a meses, enquanto que outros têm uma apresentação mais aguda. Este caso demonstra a importância de pensar na LLA em doentes com mais de 60 anos para um diagnóstico célere e rápida orientação.

P n.º 1034

Linfocitose Não Leucémica – A Propósito de Um Caso Clínico

Anabela de Carvalho(1);Ana Isabel Bessa(1);Ana Catarina Dias(1);Gabriela Pereira(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças hematológicas

Linfocitose monoclonal de células B (LMCB) define-se por uma população monoclonal de linfócitos B <5000/uL no sangue periférico por mais de 3 meses, sem outras características de um distúrbio linfoproliferativo de células B (linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, citopenias, sintomas B ou envolvimento extramedular).
Homem, 52 anos, antecedentes de etilismo, tabagismo e dislipidemia, recorreu ao Serviço de Urgência por dor no hipocôndrio direito com 1 semana de evolução, com resposta parcial a terapêutica álgica, com perda ponderal de 5kg num mês. Negava febre, astenia e perdas hemáticas. À admissão apresentava palidez cutânea, com desconforto à palpação profunda do hipocôndrio direito. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica (4.6g/dL), leucocitose 12900/uL com 3600/uL linfócitos; sem alterações da cinética do ferro, défice de ácido fólico, vitamina B12 ou sinais de hemólise (taxa de reticulócitos corrigida para valor de hemoglobina, desidrogenase láctica e bilirrubinas normais) e velocidade de sedimentação aumentada. Realizou tomografia computorizada (TC) tóraco-abdómino-pélvica a demonstrar fígado levemente esteatósico e baço com calcificações subcapsulares residuais, questionando leve espessamento parietal do antro gástrico. Foi internado para estudo e transfundido com 3 unidades de glóbulos vermelhos.
No internamento realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou uma gastropatia não erosiva do antro e úlcera duodenal (Forrest III). Analiticamente sem consumo de complemento, eletroforese de proteínas (EFP) com pico alfa, EFP urinária e rácio Kapa/Lambda normais. Realizou mielograma com imunofenotipagem da medula óssea e sangue periférico que revelou uma linfocitose monoclonal B kapa fenótipo não-leucemia linfocítica crónica (LLC). O doente manteve-se sem perdas hemáticas ou queda de hemoglobina, tendo tido alta orientado para consulta externa de Medicina Interna e Hemato-Oncologia, onde permanece em vigilância.
A LMCB do tipo não LLC assemelha-se ao linfoma da zona marginal e a outros linfomas não Hodgkin de células B, dos quais deve ser distinguido. Este caso demostra a importância de relembrar que o acompanhamento periódico com história clínica, exame físico e hemograma completo com contagem diferencial é essencial para o diagnóstico precoce de progressão.

P n.º 1035

ANEMIA FERROPÉNICA COMO ÚNICA APRESENTAÇÃO DE DOENÇA CELÍACA

Filipa Pinto(1);Isabel Medeiros(1);Ana Tenreiro(1);Ana Luísa Silva(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A anemia ferropénica é o tipo mais comum de anemia, sendo frequente em mulheres em idade fértil e em grávidas, por aumento das necessidades de ferro. Nos doentes em que a causa não é facilmente estabelecida, com sintomas pouco específicos, é necessário considerar diagnósticos menos comuns.
CASO CLÍNICO: Mulher, 40 anos, submetida a tiroidectomia há 3 anos por bócio multinodular, sob levotiroxina.Encaminhada à Urgência por anemia microcítica hipocrómica 6.4g/dL e ferropenia, sem causa aparente. Fez 1 UCE e foi referenciada à Consulta de Medicina Interna. À anamnese, astenia com 5 meses de evolução, e enfraquecimento capilar e ungueal recentes. Nega palpitações, dor torácica, dispneia, hematemeses, melenas, epistaxis, gengivorragia, hematúria, toma de anti-inflamatórios não esteróides, hipocoagulantes ou antiagregantes plaquetários. Nega queixas dermatológicas, articulares, dentárias e oftalmológicas. Refere padrão de trânsito intestinal regular, 1 dejecção a cada 2 dias, com fezes castanhas claras. Sem dor abdominal, sangue ou muco nas fezes. Cataménio regular, fluxo subjectivamente normal. Alimentação equilibrada, sem restrições.Ao exame físico, bom estado geral, pele e mucosas pálidas, hidratadas. Fez exame ginecológico, ecografia ginecológica e colonoscopia, sem alterações. Coproculturas e parasitológico das fezes negativos. Apesar da ausência de queixas clássicas e história familiar de doença celíaca, pedidos anticorpos antitransglutaminase tecidular IgA, antigliadina e antiendomísio, com resultado positivo. A endoscopia digestiva alta evidenciou mucosas bulbar e de D2 edemaciadas, e as biópsias atrofia vilositária e linfocitose intraepitelial. Biopsou-se mucosa do corpo e antro gástricos, de aspecto endoscópico conservado, diagnosticando-se gastrite crónica não atrófica, com actividade ligeira por infecção por Helicobacter Pylori(Hp). Normalização da hemoglobina com dieta sem glúten, suplementação de ferro e terapêutica de erradicação de Hp. Foi referenciada a consultas de Gastroenterologia e Nutrição.
DISCUSSÃO: A ausência de outros sintomas típicos de doença celíaca pode levar ao atraso diagnóstico desta doença. Este caso pretende ilustrar a importância do rastreio serológico de doença celíaca nos casos de anemia ferropénica grave sem causa aparente.

P n.º 1041
Quando A Dor Lombar É Mais Do Que Parece
Anabela de Carvalho(1);Ana Isabel Bessa(1);Ana Catarina Dias(1);Gabriela Pereira(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças hematológicas

O linfoma B de grandes células (LBGC) é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH). A incidência aumenta com a idade, sendo a idade média de apresentação aos 64 anos.
Homem, 37 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dorsalgia da região escapular direita, em picada, intensidade 10, com 3 meses de evolução, associada a astenia, hipersudorese e perda ponderal de 10kg. Realizou tomografia computorizada (TC) da coluna dorsal e lombar, a revelar: "volumosa massa de tecidos mole paravertebral direita de D5 e D6, 41,4x40,2mm, com erosão das articulações costo-condral e tranversa D5 direitas e dos pedículos dos corpos vertebrais de D5 e D6, insinuando-se no canal vertebral, sem compressão. Outra lesão na vertente direita do corpo vertebral de L5" e TC tóraco-abdómino-pélvico com adenomegalias na axila direita. À admissão com elevação da proteína C reativa, tendo ficado internado para estudo da lesão lítica e lesão infiltrativa de tecidos moles paravetrebral.
Foi realizado mielograma (MG) e imunofenotipagem (IFT) da medula óssea e sangue periférico, e pedida biópsia dirigida da lesão no primeiro dia. Do restante estudo: sem consumo de complemento ou aumento de imunoglobulinas e sem pico monoclonal. O MG e IFT era hipocelular, sem critérios de doença linfoproliferativa. Iniciou prednisolona 40mg/dia para diminuição do risco de compressão da lesão. Teve alta a aguardar o resultado da biópsia, orientado para consulta externa de Medicina Interna. O exame histológico demostrou processo neoplásico linfoproliferativo com necrose tumoral e cujos aspetos morfológicos e imunocitoquímicos favoreciam o diagnóstico de LH clássico, não sendo possível fazer diagnóstico diferencial com eventual LBGC dado a escassez de representatividade, tendo sido encaminhado para o Serviço de Hemato-Oncologia.
Após referenciação, repetiu biópsia da lesão com diagnóstico de LBGC. Iniciou quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisolona (R-CHOP), estando assintomático 1 ano após início tratamento.
Os doentes com LBGC geralmente apresentam uma massa sintomática de crescimento rápido. Apesar da faixa etária do doente, e ausência de alterações analíticas é necessário associar as queixas de sintomas B com as alterações imagiológicas e equacionar a hipótese de uma neoplasia hematológica.

P n.º 1046
Um caso raro de febre, mialgias e icterícia
Catarina Pestana Santos(1);Bruno Gonçalves de Sousa(1);Daniela Cruz(1);Inês Pintassilgo(1);Tiago Judas(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A linfohistiocistose hemafagocítica (LH) corresponde a um síndrome com elevada mortalidade causado pela activação do sistema imune com activação macrofágica excessiva. Nos casos de LH secundária são vários os triggers existentes, dos quais os mais comuns são as infecções virais e menos comuns as infecções bacterianas.
Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, 50 anos, com antecedentes de hipertiroidismo, dois pneumotóraces espontâneos, asma brônquica e ansiedade, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre com cerca de 10 dias de evolução, sudorese e mialgias. À admissão, febril, hipotensa, taquicárdica com escleróticas ictéricas. Analiticamente, trombocitopenia e leucopenia, padrão de citocolestase, lesão renal aguda, hiponatrémia e aumento significativo de marcadores inflamatórios, nomeadamente proteína c reactiva e procalcitonina. Iniciou fluidoterapia e antibioterapia empírica após colheita de exames culturais, verificando-se estabilização hemodinâmica. A investigação inicial para determinar o foco infeccioso foi inocente, sendo de referir radiograma torácico, ecografia abdominal e tomografia computorizada toraco-abdominal sem alterações nomeadamente hepato-biliares. Analiticamente verificou-se agravamento da bicitopenia e padrão de hepatocolestase, objectivando-se ainda hiperferritinémia, hipertrigliceridemia e elevação marcada de interleucina-6. Pela suspeita de LH secundário, realizou biópsia óssea, mielograma e doseamento de CD25 solúvel, confirmando-se o diagnóstico. Apesar de extensa investigação não foi possível identificar foco ou agente microbiano. A doente cumpriu um total de 10 dias de antibioterapia empírica com ceftriaxona, metronidazol e doxicilina, verificando-se melhoria clínica e analítica progressivas, comprovando-se normalização das alterações analíticas descritas. Não foi instituída terapêutica imunossupressora. Após alta hospitalar a doente mantém seguimento em consulta de Medicina, encontrando-se assintomática.
Conclusão: Com o presente caso os autores salientam a necessidade de elevada suspeição clínica para o diagnóstico de LH secundária. Ainda de referir a ótima resposta a antibioterapia instituída, confirmando a importância de tratamento do factor desencadeante de LH.

P n.º 1047

Sindroma de Conn – por vezes o que parece é.

Catarina Pestana Santos(1);Bruno Gonçalves de Sousa(1);Tiago Judas(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco major para doença cardiovascular. A HTA secundária define-se como um aumento da pressão arterial devido a uma causa identificável, ocorrendo em 5% - 10% dos casos de HTA. O hiperaldosteronismo primário é uma causa rara de HTA com incidência de 0,1 a 0,5% dos casos de HTA embora na presença de hipocalemia esta incidência pode atingir os 2%.
Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 47 anos, com antecedentes de hipertensão arterial mal controlada com 4 classes de fármacos e hábitos tabágicos moderados (que suspendeu nos 3 meses anteriores à consulta). Foi observado no Serviço de Urgência por hipertensão arterial mal controlada e hipocaliémia. Foi suspensa terapêutica diurética e foi referenciado para consulta de Medicina Interna para investigação. Ao exame objetivo à admissão na consulta confirmava-se hipertensão arterial grau 3. Foi feito estudo etiológico de hipertensão secundária, objectivando-se níveis elevados de aldosterona e baixa atividade da renina, com ratio 20:1. Foi assim assumido diagnóstico de HAP. Realizou TC Abdómen que mostrou achados sugestivos de adenoma da supra-renal à direita, tendo sido proposto para adrenalectomia direita. Após adrenalectomia objetivou-se normalização dos valores tensionais e resolução da hipocaliemia, sem terapêutica farmacológica. Obteve-se a confirmação histológica de adenoma.
Conclusão: Os autores pretendem mostrar com este caso a importância de considerar o HAP na abordagem inicial dos doentes jovens com hipertensão arterial particularmente em doentes jovens sem outros fatores de risco cardiovasculares, HTA de início recente ou previamente controlada; HTA com lesão de órgão alvo e HTA resistente.

P n.º 1048
O Que Esconde Uma Anemia Hemolítica
Ana Isabel Bezerra Machado(1);Margarida Araújo(1);Patrícia Pereira(1);Joana Cabral(1);Isabel Fernandes(1);Inês Gonçalves(1);Francisco Gonçalves(1);Luísa Pinto(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

A anemia é muito comum na população, interferindo na qualidade de vida dos doentes e que pode ser sintoma de uma patologia adicional, pelo que a sua identificação, investigação etiológica e tratamento são fundamentais.
Apresenta-se doente de 62 anos, sexo masculino, autónomo, internado para estudo de Anemia Hemolítica. Referia astenia, dispneia para pequenos esforços e episódios de lipotimia 2 semanas antes. Foi avaliado no médico assistente e constatada queda de hemoglobina (Hb) de 6 g/dL (11.5 para 5.5 g/dL) no intervalo de 2 dias, com macrocitose, assim como trombocitopenia com 72 000 uL. Enviado ao Serviço de Urgência e no estudo apresentava bilirrubina total de 1.82 mg/dL e direta de 0.68 mg/dL, haptoglobina<1, transamínases e fosfatase alcalina normais, desidrogenase láctica de 4 204 U/L. Apresentava défice de vitamina B12 (VB12) marcado, com 155 pg/mL, sem défice de ferro ou ácido fólico.
No internamento: Esfregaço sanguíneo com 'anisocromia e anisopoiquilocitose eritrocitária com alguns macrócitos, raros dacriócitos e raros fragmentos eritrocitários (esquisócitos).' Eletroforese de proteínas normal, anticorpos anti célula parietal positivos, outros marcadores de auto-imunidade, Coombs direto e indireto negativos, complemento normal, serologias infeciosas e anticorpos anti-plaquetários negativos, tomografia computorizada abdómino-pélvica sem alterações de relevo e endoscopia digestiva alta com gastrite crónica.
Discutido o caso com Imunohemoterapia e assumido que a eritropoiese ineficaz pelo défice de VB12 poderia explicar as alterações registadas. Iniciou reposição intra-muscular, com recuperação de Hb, para 9.4 g/dL, e de plaquetas, para 405 000 uL, sem necessidade de suporte transfusional.
3 meses depois, em reavaliação na Consulta Externa estava assintomático e com Hb de 13.5 g/dL e plaquetas de 209 000 uL.
Destaca-se este caso pela apresentação atípica de uma anemia com défice de VB12, raramente associada a hemólise e que obrigou a investigação adicional e exclusão de outras causas.

P n.º 1049

Hemólise Pós-Vacina SARS-CoV-2

Anabela de Carvalho(1);Ana Isabel Bessa(1);Ana Catarina Dias(1);Gabriela Pereira(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é caracterizada pelo aumento da eritropoiese causada por destruição de hemácias. Pode ser idiopática ou secundária, com apresentação clínica variável.
Homem, 50 anos, antecedentes de tabagismo 60UMA e ex-toxicodependente, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, dispneia para pequenos esforços, perda ponderal de 5kg, colúria e acolia, 1 semana após a toma da vacina COVID. Apresentava palidez muco-cutânea, aspeto emagrecido e desconforto à palpação do hipocôndrio direito com o bordo hepático inferior palpável 4cm abaixo da grade costal na linha médio-clavicular. Analiticamente com anemia macrocítica (5g/dL; volume corpuscular médio 142fL), discreta linfopenia 3600/uL, hiperbilirrubinemia à custa da indireta (bilirrubina (Bil) total 3.31mg/dL e Bil direta 1.12mg/dL), desidrogenase láctica aumentada (497UI/L), com cinética de ferro normal. Pesquisa de drogas de abuso negativa, com presença de urobilinogénio na urina. Destacava-se uma hepatoespelnomegalia na ecografia abdominal. Por suspeita de uma anemia hemolítica colheu estudo Combs e iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, ficando internado no Serviço de Medicina Interna.
Resultado de Combs positivo, com imunoglobulina (Ig) G, esfregaço de sangue periférico com anisopoiquilocitose e hipocromia, taxa de reticulócitos 26.4% e haptoglobina diminuída (<7.8mg/dL). Do estudo etiológico: marcadores víricos negativos, eletroforese de proteínas sem pico monoclonal, sem consumo de complemento, autoimunidade e IGRA negativos. Tomografia computorizada tóraco-abdómino-pélvica sem outras alterações de relevo. Mielograma e imunofenotipagem da medula óssea sem doença linfoproliferativa. Assim, a anemia hemolítica de anticorpos quentes foi interpretada como efeito secundário à toma da vacina.
No internamento, apresentou melhoria paulatina da anemia e hemólise. Teve alta orientado para Consulta Externa de Medicina Interna, com indicação de desmame de corticoide. Quatro meses após alta, apresentava-se assintomático e com normalização analitica.
Após a exclusão das causas secundárias de AHAI e dada a relação temporal entre a administração da vacina e os sintomas, foi levantada a hipótese da sua relação. Com os programas de vacinação COVID-19, os médicos devem estar alertados para esta possível reação adversa.

P n.º 1050
Primum non nocere
Ana Isabel Bezerra Machado(1);Margarida Araújo(1);Isabel Fernandes(1);Inês Gonçalves(1);Francisco Gonçalves(1);Luísa Pinto(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Outro

A Medicina é uma arte desafiante, que exige a máxima dedicação e pensamento crítico sobre cada doente e situação clínica que temos em mãos. Muitas vezes, e principalmente no contexto de urgência, em que o tempo que temos para cada doente é limitado, a vontade de ajudar o doente pode levar a que sejam tomadas decisões precipitadas. Cada atitude médica ou terapêutica prescrita apresentam consequências e efeitos adversos que devem sempre ter sidos em conta.
Destaca-se o caso de uma doente com Primoinfeção pelo Vírus Herpes Simples II. Tratava-se de uma doente de 54 anos, sem antecedentes de relevo, internada por sintomas constitucionais com 3 semanas de evolução. O quadro tinha iniciado por uma adenopatia inguinal esquerda dolorosa e exantema maculopapular no tronco e membros, assim como mialgias e artalgias. Tinha recorrido ao Serviço de Urgência logo no início da sintomatologia e foi medicada com prednisolona 20 mg/dia. Apesar de apresentar resolução do exantema, manteve agravamento dos outros sintomas, pelo que voltou a recorrer ao hospital. Nesta altura apresentava também disúria, ardência vaginal, leucorreia e lesões vulvares ulceradas e vesiculares.
É admitida no internamento com Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica exuberante e lesão hepática aguda, com padrão predominantemente colestático. Foi suspensa a corticoterapia e realizado estudo exaustivo do quadro da doente (na procura tanto de causas infeciosas como imunológicas), sendo identificada serologia Imunoglobulina M e reação em cadeia de polimerase para Herpes tipo II positiva, em doente sem história prévia.
Iniciou tratamento com aciclovir endovenoso, com melhoria significativa ao fim de 5 dias de tratamento.
Este caso deve alertar para a possibilidade de a clínica ter sido tão exuberante pela corticoterapia em alta dose instituída inicialmente, podendo constituir um exemplo de iatrogenia.

P n.º 1052
ELA aos 91 anos?

Ana Isabel Bezerra Machado(1);Margarida Araújo(1);Sara Freixo(1);Patrícia Pereira(1);Inês Gonçalves(1);Marina Alves(1);Francisco Gonçalves(1);Luísa Pinto(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa, incurável, que causa fraqueza e incapacidade progressiva até à falência muscular e morte. Combina características de doença do 1º neurónio motor, com fraqueza muscular gradual, descoordenação e disfagia, com doença do 2º neurónio motor, com fasciculações e atrofia muscular.
Apresenta-se uma doente, de 91 anos, parcialmente dependente, que deambulava com apoio. Trazida ao Serviço de Urgência por dispneia e prostração há uma semana, assim como disfonia e disfagia para líquidos de novo. À admissão com murmúrio vesicular diminuído globalmente e ligeira Insuficiência Respiratória tipo 2, com necessidade de oxigenioterapia a 1L/min e à auscultação pulmonar.
Cerca de duas horas depois da admissão apresentou 2 paragens respiratórias, revertidas após ventilação assistida com Ambu e iniciou ventilação mecânica não invasiva (VNI) por acidemia e narcose respiratória grave (pH 7,220 e pCO2 132 mmHg). Após estabilização na Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência, foi internada para estudo. No exame objetivo destaque para tetraparésia assimétrica, pior à esquerda, de domínio proximal e fasciculações visíveis na língua e membros superiores. Realizada investigação exaustiva, com destaque para Ressonância Magnética Cerebral sem evidência de lesões recentes que justificassem os achados e Eletromiografia com estudo de condução nervosa, que revelou sinais de lesão do 2º neurónio motor nos segmentos cervical, lombossagrado e trapézio. Observada por Neurologia e foi referenciada para Consulta Externa e assumido diagnóstico ELA. Manteve necessidade de VNI noturno e oxigenioterapia suplementar para ambulatório.
Destaca-se este caso pela apresentação inicial da doença, com paragens respiratórias, o que é incomum, e para relembrar que apesar de ser um diagnóstico associado a idades jovens e mais insuspeito em idades avançadas, tem também um pico de incidência entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

P n.º 1054
O que é que o Covid ainda esconde?
Ana Isabel Bezerra Machado(1);Catarina Araújo(1);Maria João Vilela(1);Carolina Maia Nogueira(1);Ana Andrade Oliveira(1);Rita Matos(1);Luísa Pinto(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Pandemia por Covid-19 mudou o mundo. E durante os dois anos que se seguiram até à atualidade, o conhecimento sobre este vírus aumentou de forma exponencial, sendo inúmeras as publicações científicas em volta do mesmo. Mas será que ainda há manifestações deste vírus que ainda desconhecemos?
Apresenta-se o caso de uma doente de 86 anos, parcialmente dependente e cognitivamente íntegra, admitida no internamento de Medicina Interna com o diagnóstico de Pneumonia por Covid-19, com Insuficiência Respiratória hipoxémica. No início do internamento, teve boa evolução clínica, com resolução da sintomatologia respiratória e desmame progressivo da oxigenioterapia suplementar até á suspensão.
No entanto, no 10º dia, apresentou vários episódios de melenas e um episódio de vómito alimentar com vestígios de sangue vivo. Realizou estudo analítico urgente que revelou queda de cerca de 3 gramas de hemoglobina, de 13.1 g/dL para 10.3 g/dL, sem outras alterações de relevo nomeadamente ao nível do estudo da coagulação.
Realizou Endoscopia Digestiva Alta urgente, que demonstrou duodenopatia congestiva e erosiva difusa, observando-se duas úlceras de limites mal definidos e com vaso visível (Forest IIa), tendo sido realizada hemóstase com solução de adrenalina e aplicação de 3 clips. A doente esteve sob perfusão de pantoprazol durante 72 horas e iniciou dieta progressiva, com alimentos frios após 48 horas do procedimento. Foi realizada transfusão de 2 unidades de glóbulos rubros. Desde então, sem novos episódios de perdas hemáticas, com hemoglobina estável durante o restante internamento, ~10 g/dL.
De facto, está descrito na literatura a associação entre a doença por SARS-CoV-2 e duodenite grave ulcerada, pelo estado hiperinflamatório causado por esta doença. Destaca-se este caso pela manifestação atípica de uma doença que teve um impacto mundial tão grande e que foi tão escrutinada nos últimos anos, quer pela comunidade científica, quer pela comunicação social e pela população em geral.

P n.º 1055

Endocardite leva ao diagnóstico de valvulopatia congénita

SARA FONTAINHAS(1);Bárbara Baptista(1);Maria Inês Bertão(1);Filipa Baptista(1);Beatriz Lima(1);Maria João Vieira(1);Sónia Campelo(1);Odete Miranda(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Endocardite é uma Infeção do endocárdio de uma ou mais cúspides cardíacas cuja lesão clássica é a vegetação. A endocardite pode ser classificada segundo a evolução temporal, local ou a causa da infeção. Trata-se de uma doença rara, com fatores de risco bem identificados: valvulopatia prévia, hemodiálise, dispositivos cardíacos, HIV, utilizadores de drogas endovenosas.
Caso clínico: Homem de 36 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre, com picos noturnos, sudorese e astenia com 3 semanas de evolução. Auscultação Cardíaca era regular, sem sopros cardíacos. Foi admitida febre sem foco, colheram-se hemoculturas e medicou-se com doxiciclina. Após 4 dias, apresenta melhoria clínica, mas com hemoculturas positivas para Streptoccous viridans. Realizou ecocardiograma que revelou: valvulapatia aórtica congénita (bicúspide aórtica), com regurgitação aparentemente de grau máximo moderado. Sem vegetações. Na admissão apresentava 1 critério Duke major: identificação de agente em hemoculturas e 2 critérios minor: febre e valvulopatia aórtica.
Discutido caso com Cardiologia, assumiu-se endocardite. Iniciou ceftriaxone e gentamicina, que cumpriu durante 32 dias. No 6º dia de internamento apresentou crise de gota e cumpriu colquicina. Demonstrou uma boa evolução clínica e analítica. Teve alta orientado para a consulta de Medicina Interna e Cardiologia.
Discussão: Em termos de critérios de Duke, este doente apresentava 1 critério major e dois minor, o que favorecia a possibilidade do diagnóstico de endocardite. Com este caso, os autores pretendem alertar para a importância de considerar o diagnóstico de endocardite mesmo em doentes jovens e sem aparentes fatores de risco, realçando-se a importância da realização de ecocardiograma transtorácico em doentes com hemoculturas positivas para agente típico. Para além disso, salienta-se que a realização de ecocardiograma transtorácico diagnosticou a presença de uma valvulopatia congénita até então perfeitamente assintomática, de grau moderado e a exigir vigilância regular em Consulta de Cardiologia.

P n.º 1056

Vertigem – um diagnóstico diferencial a não esquecer!

Raquel Oliveira(1);Eduarda Martins(1);Carla a. Maia(1);Raquel Cruz(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: a vertigem é uma queixa muito comum no Serviço de Urgência, na maioria dos casos relacionada com causas de origem periférica. Em 20% dos casos a vertigem é de origem central, destacando-se os acidentes vasculares cerebrais da circulação posterior. Relatamos um caso de síndrome vertiginoso central iatrogénico relacionado com um fármaco utilizado frequentemente na prática clínica.

Caso clínico: Homem de 65 anos portador de epilepsia sequelar a traumatismo craneo-encefálico, sob carbamazepina e levetiracetam, recorreu ao Serviço de Urgência por vertigem incapacitante. Tinha sido avaliado recentemente por queda não presenciada interpretada como crise epiléptica e aumentada a dose de carbamazepina para 1,6 gramas por dia. Voltou ao Serviço de Urgência poucos dias depois, referindo vertigem incapacitante e novo episódio de queda, presenciada, sem alteração do estado de consciência ou movimentos involuntários dos membros. Ao exame físico, destaque para marcha atáxica. Realizou TC de crâneo que excluiu alterações isquémicas recentes. Documentados níveis supraterapêuticos de Carbamazepina (2 vezes superior ao limite do normal). Perante as alterações descritas, colocou-se como hipótese mais provável a intoxicação por carbamazepina. Suspendeu o fármaco e ficou internado para vigilância da evolução clínica, tendo resolvido todos os sintomas dois dias depois.
Discussão: Doses elevadas de carbamazepina podem provocar várias disfunções de órgão, nomeadamente neurológica, que se caracteriza por vertigem, ataxia, depressão do estado de consciência e, nos casos mais graves, coma e paragem respiratória. Este caso relata sintomas de disfunção neurológica associados a níveis supraterapêuticos de carbamazepina, com uma apresentação clínica que mimetizava acidente vascular cerebral da circulação posterior

P n.º 1058

Síndrome de Guillain-Barré - A necessidade de um diagnóstico precoce

Ana Paula Rezende(1);Adriano Pacheco Mendes(1);José Miguel Silva(1);André Mendes(1);Jerina Nogueira(1);Emanuel Fernandes(1);Nidia Calado(1);Armando Cruz Nodarse(1);Isabel Soles(1)
(1) Hospital Distrital de Portalegre

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Síndrome de Guilain-Barré é uma doença rara, neurológica e de natureza autoimune. Os sintomas começam a surgir entre 1-4 semanas, após infeção viral ou bacteriana. Os sintomas incluem fraqueza muscular, parestesias ou hipostesia. Os reflexos estão diminuídos ou ausentes.

Homem de 54 anos, autónomo, nega antecedentes pessoais e medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro de fraqueza muscular ascendente, com início nos membros inferiores (MI) e rapidamente progressiva com atingimento dos membros superiores (MS) e face. Apresentava incapacidade total para a marcha, parastesias da face, disfagia e alterações visuais. Tinha recorrido à urgência 3 dias antes por aparecimento de lesões herpéticas na face, para o qual iniciou tratamento com valaciclovir. À avaliação, o doente apresentava-se vígil, orientado e colaborante, com Glasgow de 15. Ao exame neurológico, apresentava clínica de polineuropatia mista, com parésia facial periférica bilateral com fecho incompleto dos olhos e períodos de nistagmo oscilante, movimentos oculares com amplitude reduzida, disfagia, tetraparesia de predominio crural (força muscular MI G3 e força muscular dos MS G4+), hipoestesia com parestesia nos quatro membros mais marcada nos MIs, e hiporeflexia dos reflexos tendinosos. Na punção lombar: Glicose 79, proteína 1278 , leucócitos 3 de predomínio mononuclear (66%). Foi admitido Síndrome de Guillain-Barré/ Miller-Fisher por VHZ.
Na maioria dos casos, o doente recupera progressivamente dentro de 4-8 semanas e necessita de fisioterapia. Estima-se que, em 25% dos doentes, o quadro de fraqueza muscular leve a uma paralisia da musculatura respiratória, necessitando de ventilação mecânica. Sendo um síndrome que pode agravar num curto período de tempo e podendo ser fatal, é importante um diagnostico precoce.

P n.º 1059

Derrame percicardico como sequela de COVID 19

Ana Paula Rezende(1);Adriano Pacheco Mendes(1);José Miguel Silva(1);André Mendes(1);Jerina Nogueira(1);Emanuel Fernandes(1);Nidia Calado(1);Armando Cruz Nodarse(1);Isabel Soles(1)
(1) Hospital Distrital de Portalegre

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O envolvimento pulmonar é a apresentação clínica típica da infeção por SARS-CoV-2. As sequelas de infeção também são maioritariamente pulmonares e podem durar algumas semanas/meses em alguns casos. Associada a doença pulmonar muitos doentes apresentam manifestações extrapulmonares (cardíacas, vasculares). Descrevo um caso de um doente de 35 anos diagnosticado com pericardite e recentemente diagnosticado com infeção por SARS-CoV-2.

Doente do sexo masculino, de 35 anos de idade, construtor civil, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por dor torácica tipo aperto, com irradiação interescapular, que não cedia com analgesia oral, com 7 dias de evolução. História de Covid 19 há 3 meses. Ao exame objetivo, destacava-se doente com fácies de dor, fez analgesia endovenosa sem alívio. Realizou eletrocardiograma que não mostrou alterações; os biomarcadores cardíacos foram negativos. Analiticamente, sem leucocitose nem neutrofilia, virologia negativa, apenas destacando-se uma proteína C reativa elevada. Realizou Angio-Tomografia Computorizada (Angio-TC) torácica revelou: “Derrame pericárdico com 12 mm de espessura no recesso pericárdico anterior. Derrame pleural esquerdo multiloculado.” No ecocardiograma transtorácico destacou-se “Lâmina circunferencial de líquido pericárdico (9mm, aproximadamente).”

Decidiu-se pela realização de terapêutica com anti-inflamatórios durante uma semana e repetição de Angio-TC de tórax dentro de uma semana para reavaliação, suspeitando-se de uma infeção vírica ou sequelas de SARS-CoV-2. Ao sétimo dia de internamento, o doente referiu melhoria clínica, negando dor torácica e repetiu Angio-TC de tórax que destacou: “Derrame pericárdico com 8 mm de espessura no recesso pericárdico anterior. Espaços pleurais livres.”

Sendo uma infeção recente, ainda há poucos dados relativamente às sequelas de COVID-19 e às suas formas de apresentação e abordagem. No entanto, é importante manter um alto nível de suspeição em pacientes sintomáticos para garantir diagnóstico e tratamento precoces.

P n.º 1060

Um caso peculiar de acidente vascular cerebral

Joana Filipa Lopes Ferreira(1);Francisco Antunes(2)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (2) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os Acidentes vasculares cerebrais (AVCs) no adulto jovem representam apenas 5 a 10% de todos os AVCs.
Nesta faixa etária podemos encontrar outras etiologias que não as mais comuns nos AVCs isquémicos: a doença aterosclerótica de grandes vasos, a doença de pequenos vasos e o cardioembolismo por fibrilhação auricular. Assim, a abordagem destes doentes implica uma extensa investigação etiológica.

Homem de 42 anos, autónomo, com antecedentes de epilepsia mioclónica juvenil e dislipidémia. Admitido no serviço de urgência por quadro agudo de desvio conjugado do olhar para a esquerda, mutismo e diminuição da força muscular dos membros direitos, pontuando 25 na escala de National Institute of Health Stroke Scale. Embora a Angio TC tivesse revelado oclusão do topo da artéria carótida interna, artérias cerebrais anterior e média à esquerda, a TC CE revelou lesão já estabelecida nesses territórios, pelo que não apresentava indicação para terapêuticas de reperfusão aguda. A investigação etiológica com análises que incluíram autoimunidade e estudo de trombofilias, ECG Holter 24h, ecodoppler transcraniano e cervical e ecocardiograma transtorácico foi normal. Realizado ecocardiograma transesofágico que evidenciou presença de massa auricular esquerda compatível com provável mixoma. O doente foi proposto para cirurgia cardíaca. Enquanto aguardava a cirurgia, levantou-se a questão terapêutica profilática indicada, tendo sido decidido não iniciar anticoagulação. Não se observaram novas complicações decorrentes do provável mixoma auricular.

A embolização a partir de um mixoma auricular é uma causa rara de AVC. A cirurgia cardíaca é essencial, pois enquanto o tumor não for removido, o doente estará em risco de ocorrência de novas complicações. Quando não é possível realizar o tratamento cirúrgico imediatamente, coloca-se a questão sobre a melhor abordagem profilática, nomeadamente sobre o papel da anticoagulação. O mecanismo fisiopatológico será provavelmente embolização de material neoplásico. Além disso, alguns estudos indicam que a anticoagulação não diminui a taxa de recorrência de eventos isquémicos, pelo que se optou por não iniciar anticoagulação.
Este caso ilustra ainda a importância de uma investigação etiológica completa nos AVCs, incluindo exames mais invasivos como o ecocardiograma transesofágico.

P n.º 1062

Infeção Sistémica por Bacillus Calmette-Guérin (BCG): complicação rara da imunoterapia com BCG.

Ana Raquel Afonso(1);Catarina Carvoeiro(1);Patricia Sobrosa(1);Joana Couto(1);Joana Urbano(1);Augusta Silva(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A instilação intravesical do BCG é o tratamento mais eficaz no carcinoma urotelial superficial da bexiga, sendo bem tolerado, com efeitos adversos minor e auto-limitados. Complicações mais graves, como a infeção sistémica pelo BCG, são incomuns. O diagnóstico é difícil e baseia-se numa alta suspeição clínica.
Descrevemos o caso de um homem de 77 anos com carcinoma urotelial da bexiga de baixo grau sob imunoterapia com BCG, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 6 semanas de evolução de febre vespertina associada a polaquiúria, disúria, anorexia e perda ponderal de 12 Kg. Analiticamente com leucocitose e elevação da Proteína C reativa, urina tipo 2 com leucocitúria, teve alta com diagnóstico de infeção do trato urinário e medicado com antibioterapia.
Por manter febre vespertina após 2 ciclos de antibioterapia e ecografia renal com globosidade do rim esquerdo, sugestivo de pielonefrite, foi internado no serviço de Medicina Interna. Durante o internamento, manteve febre vespertina mesmo sob piperacilina + tazobactam. Do estudo realizado: hemoculturas e microbiológicos de urina negativos, velocidade de sedimentação de 61 mm, adenosinadeaminase sérica de 36.4 UI/L, serologias VIH, VHC, VHB negativas, ecocardiograma sem vegetações intracardíacas e TC abdominal com abcesso renal à esquerda. Realizou pesquisa de micobactérias na urina sendo isolado Mycobacterium bovis. Diagnosticado com infeção sistémica por BCG, iniciou tratamento com tuberculostáticos com evolução favorável (apirexia sustentada). Teve alta orientado para consulta de Medicina Interna onde realizou TAC renal com resolução do abcesso renal.
Destacamos o caso pelo facto de se tratar de uma complicação rara do tratamento com BCG, bem como a importância da suspeita clínica nos casos de piúria estéril, sobretudo nos doentes submetidos a imunoterapia com BCG.

P n.º 1063

Linfoma Anaplásico de Grandes Células (LAGC) com atingimento do Sistema Nervoso Central.

Ana Raquel Afonso(1);Catarina Carvoeiro(1);Patricia Sobrosa(1);Joana Couto(1);Maria Vilela(1);Luciana Sousa(1);Joana Urbano(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

O Linfoma Anaplásico de Grandes Células (LAGC) é um subtipo raro de Linfoma não-Hodgkin (LNH), correspondendo 2-3% de todos os LNH e 12% dos LNH de células T. Trata-se de um linfoma agressivo, com envolvimento extraganglionar frequente, nomeadamente, tecidos moles, pulmão e trato gastrointestinal, contudo o envolvimento do SNC é muito raro, sendo a literatura limitada a alguns relatos de caso.
Descrevemos o caso de um homem de 65 anos com grau moderado de dependência (Escala de Barthel 40) após acidente vascular cerebral isquémico. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre e prostração. Associadamente nos 2 meses prévios à admissão, segundo cuidadora, com agravamento de dependência e clínica compatível com demência. Inicialmente com diagnóstico de pneumonia da comunidade, apesar de antibioterapia empírica, manteve febre e prostração. Associadamente com agravamento do estado neurológico. Do estudo realizado: hemoculturas e microbiológico de urina negativos, punção lombar não compatível com infeção do sistema nervoso central, serologias VIH, VHC, VHB negativas, ecocardiograma sem vegetações intracardíacas e TC toraco-abdomino-pélvico com vários nódulos pulmonares dispersos, massa mediastínica e nódulo na glândula suprarrenal esquerda. Realizou biópia de nódulo pulmonar que revelou infiltração por LAGC e imunofenotipagem de sangue periférico e de liquido cefalorraquidiano com população de linfócitos T atípicos, compatíveis com o diagnóstico de LACG com envolvimento pulmonar, ganglionar e do SNC. Orientado para Hematologia, não tendo indicação para tratamento curativo dado grau de dependência moderado/elevado iniciou corticoterapia oral, com resolução da febre.

Destacamos o caso pela raridade do atingimento do SNC neste subtipo de linfoma, bem como, pela importância do internista, com a sua visão abrangente e investigação clinica sistematizada e pormenorizada, no diagnóstico de patologias menos comuns. Por fim, realça-se a importância do estudo do líquido cefalo-raquídeo nos casos de demência com progressão rápida e estudo de causas de demência reversíveis.

P n.º 1065
VITILIGO E ANEMIA PERNICIOSA

Letícia Marques Leite(1);Ana Luís Ferreira(1);Isabel Bessa(1);Magda Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O vitiligo está associado a doenças auto-imunes, nomeadamente à anemia perniciosa (AP), artrite reumatóide, diabetes mellitus tipo 1, doenças da glândula tiroideia e ao síndrome poliglandular.
Caso clínico: Mulher, 44 anos, com vitiligo desde há 8 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia marcada com 3 meses de evolução. Analiticamente apresentava pancitopenia: anemia macrocítica com 4.4 g/dL de hemoglobina (range 12-16), leucopenia de 3500/uL (4800 - 10800) e trombocitopenia (55000/uL, range 150 000 - 350 000), teste de antiglobulina indireta negativa, esfreçado de sangue periférico com neutrófilos hipersegmentados, desidrogenase lática 789 UI/L (range 84 - 246), bilirrubina total 1.32 mg/dL (0.2-1.0), bilirrubina direta 0.33 mg/dL (0.0-0.2), vitamina B12 105 pg/mL (211-911), sem outras alterações relevante. Anticorpos anti-célula parietal positivo (80, com valor normal <1/40) e anti-fator intrínseco forte positivo. Endoscopia digestiva alta e histológico sem atrofia gástrica ou outras alterações relevantes. A doente foi medicada com vitamina B12 intramuscular com resposta reticulocitária e com progressivo aumento da hemoglobina, leucócitos e plaquetas. Um mês após início da suplementação com vitamina B12, apresentou hemoglobina de 13.8 g/dL, leucócitos e plaquetas normais, mantendo estabilidade clínica e analítica um ano após o diagnóstico, com manutenção da suplementação com cianocobalamina mensalmente.
Conclusão: A anemia perniciosa é uma doença com alterações hematológicas, gástrica e imunológicas com anticorpos contra o fator intrínseco e/ou contra células parietais. Depois de diagnosticada a anemia perniciosa na doente com vitiligo, é efectuada a vigilância clínica e analítica, tanto pela associação a outras manifestações da síndrome poliglandular assim como pelo risco acrescido de desenvolvimento de neoplasia gástrica nos doentes com AP.

P n.º 1072

Hemorragia Alveolar Secundária a Hipocoagulação com Enoxaparina

Rui Jorge Silva(1);Eulália Antunes(1);Bruno Sousa(1);Isabel Silva(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças respiratórias

As heparinas de baixo peso molecular são fármacos muito utilizados em contexto de internamento. O seu uso, contudo, não é isento de efeitos secundários.
Homem de 94 anos internado no Serviço de Medicina Interna por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) pelo Vírus Influenza A a condicionar insuficiência respiratória hipoxémica. Apresentava também à admissão Lesão Renal Aguda (tipo 2 na escala AKIN). O doente tinha antecedentes de adenoma gástrico submetido a gastrectomia subtotal Billroth 2, bloqueio auriculoventricular completo (com pacemaker implantado), fibrilhação auricular, massa renal com 20mm em estudo e hernioplastia inguinal esquerda. Encontrava-se hipocoagulado com varfarina em ambulatório, que à admissão foi alterada para enoxaparina. Cerca de 4 dias depois, o doente teve episódio de hemoptises, tendo sido suspensa a hipocoagulação. Foi realizada angio-tomografia computorizada do tórax, que identificou “acentuação das áreas de padrão em vidro despolido, mais expressiva nos lobos esquerdos – infiltração hemorrágica?”. Devido a este achado, foi administrado ácido tranexâmico. Oito dias depois foi realizada broncofibroscopia, com realização de lavado broncoalveolar, em que foram identificados 77% de macrófagos alveolares que apresentavam inclusões de pigmento hemossidérico. O doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável, sem repercussão analítica da hemorragia e sem novos episódios de hemoptises, pelo que se considerou episódio de hemorragia alveolar secundária à hipocoagulação com enoxaparina em contexto de PAC.
A hemorragia alveolar resulta do dano ou inflamação das arteríolas, vénulas ou capilares dos septos alveolares. A sintomatologia inclui tosse, hemoptises, febre e dispneia, apesar de as hemoptises poderem estar ausentes em até 33% dos casos. Há várias causas possíveis para esta situação clínica, sendo a hipocoagulação uma delas, conforme descrito neste caso.

P n.º 1073

Um Caso de Hepatite Aguda Colestática: Um Efeito Secundário do Cotrimoxazol

Rui Jorge Silva(1);Eulália Antunes(1);Bruno Sousa(1);Isabel Silva(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

O cotrimoxazol é um fármaco composto por dois antibióticos com efeito sinérgico. Apresenta um conjunto alargado de indicações possíveis, como infeções do trato urinário, mas como qualquer fármaco não é isento de efeitos adversos. Homem de 47 anos, sem antecedentes de relevo e sem medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência com queixas de mal-estar generalizado, febre, colúria e acolia, sem outros sintomas associados. Encontrava-se a realizar ciclo de antibioterapia com cotrimoxazol por prostatite, estando no 26º dia de tratamento. Ao exame físico, o doente estava ictérico. Internado em Enfermaria de Medicina Interna para estudo. Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 11,9g/dL) e picos máximos de hiperbilirrubinémia total de 14,87mg/dL, de citólise hepática com AST 352U/L, ALT 845U/L e LDH 441U/L e de colestase com gama-GT 2167U/L e fosfatase alcalina 796U/L. A ecografia abdominal revelou “fígado com dimensões no limite superior da normalidade (...) com contornos ligeiramente lobulados”. A Ressonância Magnética do abdómen superior não apresentou alterações. Foram realizados estudo de auto-imunidade e serologias víricas, todos com resultado negativo. Foi realizada biópsia hepática, que revelou “hepatite de tipo colestático, compatível com etiologia tóxico/medicamentosa a cotrimoxazol”. O doente teve alta e manteve seguimento em consulta externa de Medicina Interna. Três meses depois, encontrava-se anictérico e apresentava analiticamente citocolestase em melhoria mas ainda não totalmente resolvida.
Tal como descrito neste caso, a hepatotoxicidade é um dos efeitos secundários observados com a toma de cotrimoxazol, um fármaco muito utilizado. O mecanismo, que não é dose-dependente, é através de uma reação de hipersensibilidade tardia, que tipicamente ocorre 1 a 3 semanas após iniciação do fármaco.

P n.º 1076

Vasculite ANCAmpo+ e claudicação da marcha - relato de um caso clínico

Raquel Oliveira(1);Eduarda Martins(1);Carla a. Maia(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A febre sem foco é um motivo de internamento comum no Serviço de Medicina Interna, cujo diagnóstico diferencial inclui a doença auto-imune sistémica. Apresentamos um caso de vasculite ANCA MPO+ associada a queixas de fraqueza muscular, em que se documentou a presença de fenómenos de vasculite com atingimento muscular.
Caso clínico: Homem de 79 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia, perda ponderal significativa, mialgias nas pernas que dificultavam a marcha e febre persistente vespertina com 6 semanas de evolução. Sem evidência de doença infecciosa ou neoplasia activa. Sem elevação de enzimas musculares. Documentado fator reumatóide positivo (77UI/ml), anticorpo Anti SSA/Ro positivo, ANCA-MPO positivo. Sem sinais de atingimento de órgão alvo. Realizada biópsia muscular, após o que iniciou corticoterapia com prednisolona 1mg/kg/dia, presumindo-se vasculite ANCA com Sjogren secundário, com melhoria franca dos sintomas e resolução da febre. O exame histológico do músculo revelou focos de miosite crónica granulomatosa.
Discussão: A vasculite associada ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (AAV) é uma vasculite necrosante que afeta predominantemente pequenos vasos e está associado a ANCA específico para mieloperoxidase (MPO-ANCA) ou proteinase 3 (PR3-ANCA). Relatamos um caso de vasculite ANCA com claudicação na marcha como sintoma principal de apresentação.

P n.º 1077

Um caso de trombocitopenia induzida por fluconazol

Rafael Henriques Figueiredo(1);Beatriz Simão Parreira(1);Leila Amaro Cardoso(1);Ricardo Pinto(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: Anomalias hematológicas secundárias a fluconazol são raras mas têm sido reportados alguns casos na literatura.
Caso clínico: Um doente do sexo masculino, 24 anos, apresentou-se no SU por queixas de mialgias e febre com 5 dias de evolução em contexto de Gripe A. Analiticamente apresentava anemia microcítica hipocrómica grave, sem outras citopenias, pelo que foi transfundido com 2 UCE e internado para estudo.
No internamento realizou EDA que objetivou candidíase esofágica extensa. Sem história de imunossupressão, HIV negativo. Iniciado tratamento com fluconazol. Após três dias, doente apresentava petéquias na orofaringe e vasculite discreta nos membros inferiores e tronco. Analiticamente com trombocitopenia severa de novo.
Do estudo analítico complementar, a ressalvar anemia hipoproliferativa, alguns esquizócitos sem demais estigmas de hemólise, e ausência de afecção da linhagem granulocítica.
Em discussão com hematologia, atendendo a não completar critérios de diagnóstico para PTT iniciou imunoglobulina humana que resultou em resposta plaquetária insatisfatória, pelo que se adicionou prednisolona 1mg/kg/dia. Realizou mielograma que se mostrou normocelular, com megacariócitos em número adequado e sem alterações citomorfológicas, favorecendo a hipótese de trombocitopenia periférica e mais provável o diagnóstico de PTI induzida pelo fluconazol. Apresentou melhoria gradual da trombocitopenia após início da corticoterapia.. Alteração da terapêutica antifúngica para caspofungina e estabelecido plano de redução progressiva de corticoterapia, tendo o doente evoluído favoravelmente com resolução da discrasia hemorrágica. O doente foi orientado para continuação do estudo de anemia em consulta.
Conclusão: O presente caso demonstra o desafio diagnóstico da trombocitopenia induzida por fármacos, particularmente quando a frequência desta é reduzida e a quantidade de diagnósticos diferenciais é elevada.

P n.º 1081

Ascite de causa rara: Carcinoma peritoneal primário

Inês Pereira Amaral(1);Madalena Pupo Correia(1);Margarida Santos Silva(1);Ana Alves Cardoso(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
A carcinomatose peritoneal geralmente refere-se ao envolvimento metastático do peritoneu, nomeadamente por neoplasias ginecológicas ou gastrointestinais em estadios avançados. A neoplasia do ovário é a mais frequentemente diagnosticada em doentes do sexo feminino com carcinomatose peritoneal.
CASO CLÍNICO
Mulher de 86 anos, com aumento do perímetro abdominal (2 meses de evolução), astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. A paracentese efetuada por ascite volumosa revelou líquido compatível com exsudado. A tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica evidenciou extensa carcinomatose peritoneal, sem indícios de tumor primário. A destacar laboratorialmente a elevação do valor da proteína C reativa (8.59mg/dL) e o aumento do marcador CA 125 no soro (3959 U/mL) e no líquido ascítico (5565 U/mL), bem como a presença de células neoplásicas no líquido com morfologia e imunocitoquímica compatíveis com “provável origem ovárica”. A biópsia de implante peritoneal revelou aspetos morfológicos “compatíveis com carcinoma seroso de alto grau, com provável origem no ovário, trompa ou peritoneu”. A ecografia e RM pélvica não demonstraram evidência de neoplasia ginecológica. A endoscopia digestiva alta evidenciou extensa ulceração no piloro e bulbo “sugestiva de neoplasia gástrica”. Todavia, a biópsia revelou apenas duodenite péptica com H. pylori, sem infiltração por atipias.
DISCUSSÃO
Embora a carcinomatose peritoneal esteja frequentemente associada a neoplasias primárias ocultas, o carcinoma seroso primário do peritoneu é uma entidade a considerar quando se exclui o envolvimento de outros órgãos, não obstante ser extremamente rara. Os autores descrevem toda uma investigação que parecia favorecer a hipótese de neoplasia do ovário, tendo sido, todavia, assumida neoplasia primária do peritoneu, dada a inexistência de evidência tumoral ovárica, e dado que as células peritoneais derivam embrionariamente das mesmas células que originam as da superfície ovárica.

P n.º 1089

Síndrome de Mauriac: a diabetes como causa e solução

João Oliveira Torres(1);Nuno Gião(1);Eduardo Dutra(1);Samuel Ferreira Tavares(2);Rui Malheiro(2);Diana Cruz Martins(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A Síndrome de Mauriac (SM) constitui uma apresentação rara da diabetes mellitus tipo 1 (DM1), caracterizando-se clinicamente por hepatopatia glicogénica (HG), atraso do crescimento, atraso pubertário e fácies cushingoide. Surge em indivíduos jovens com controlo metabólico inadequado, identificando-se, pontualmente, uma mutação na via da glicogenólise.
Caso Clínico
Mulher de 19 anos, com antecedentes de DM1 com 8 anos de evolução e controlo metabólico deficiente, apresentou-se no serviço de urgência com quadro de vómitos, enfartamento e distensão abdominal pós-prandiais de agravamento progressivo nos últimos 5 meses. Foi identificada cetoacidose diabética que motivou internamento (glicemia 450mg/dL, pH 7.17, cetonemia 7.5mmol/L). Do exame físico destacavam-se fácies cushingoide, hepatomegalia e desenvolvimento mamário no estadio de Tanner M4. O estudo complementar revelou gama-glutamiltransferase 222U/L, fosfatase alcalina 198U/L e HbA1C 11%; a ecografia abdominal confirmou hepatomegalia de 22cm. A biópsia hepática revelou expansão do citoplasma hepatocitário, preenchido por material ácido periódico de Schiff (PAS) + e PAS-diastase -, compatível com HG, corroborando a suspeita de SM.
Discussão
Na SM, a hepatomegalia deve-se a deposição de glicogénio nos hepatócitos. A hiperglicemia mantida origina a difusão passiva de glicose para os hepatócitos, enquanto que a administração de elevadas doses de insulina estimula a glicogénese. A existência de uma mutação na fosforilase-cinase hepática impede a glicogenólise, com consequente deposição de glicogénio. Neste caso, o surgimento da DM1 após o início da puberdade determinou uma apresentação com puberdade interrompida e não diferida. Apesar da associação com um defeito genético, existem relatos na literatura de resolução da hepatomegalia com controlo metabólico adequado. Assim, realça-se a importância do controlo da diabetes na história natural da SM.

P n.º 1090

Desafio diagnóstico: Anemia Hemolítica Auto-imune, qual a abordagem?

Rita Matos Sousa(1);Ana Filipa Cunha Martins(1);Mónica Dias(1);Carlos Capela(1);Maria João Regadas(1);Joana Morais(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é uma entidade rara, com estudo etiológico desafiante. Devemos excluir outras causas primárias, explorar a etiologia da anemia e identificar o tipo de AHAI. O tipo de AHAI é importante na escolha do tratamento e na definição do prognóstico da doença. Com este trabalho, pretendemos apresentar um caso de AHAI com características mistas e a sua abordagem terapêutica.
Caso clínico: Um homem de 77 anos, recorre ao serviço de urgência por um quadro de astenia e icterícia há 2 meses. Nega febre, perda ponderal, anorexia, hipersudorese, perdas hemáticas, alterações da cor da urina. Objetivamente apresenta palidez cutânea e das mucosas e esplenomegalia. Do estudo realizado destaca-se a presença de AH extravascular com anticorpos com amplitude térmica, título de aglutinina a frio 1/64, presença de crioaglutininas no ESP, IgM elevada e ANA 1/320. A imunoeletroforese de proteínas séricas apresenta discreto pico com morfologia monoclonal do tipo IgM/Kappa. Na PET apresenta reatividade medular no contexto de anemia. A biópsia da medula óssea apresenta marcada hiperplasia eritróide, sem evidência de invasão por doença linfoproliferativa e o aspirado medular rasgos imunofenotípicos displásicos na linha eritróide.
Durante o internamento mantém-se estável, com melhoria progressiva da astenia. Realiza tratamento dirigido: 5 dias de metilprednisolona 1g, prednisolona 1mg/kg e IG IV, a que o doente responde parcialmente e, por isso, opta-se por não iniciar rituximab. Uma semana após a alta, mantém anemia mas melhoria acentuada dos marcadores de hemólise.
Discussão: Este caso traduz a elevada dificuldade na abordagem diagnóstica das anemias hemolíticas auto-imunes. Trata-se de um caso com aparente componente misto, que respondeu parcialmente à terapêutica com corticoterapia e IGIV, tornando a decisão de iniciar rituximab mais difícil.

P n.º 1091

Disseção da Artéria Vertebral: a necessidade de uma elevada suspeição

Rita Matos Sousa(1);Mónica Dias(1);Ana Filipa Cunha Martins(1);Maria João Regadas(1);Carlos Capela(1);Joana Morais(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) em idade jovem é um diagnóstico desafiante, que requer elevada suspeição por parte do médico. Embora os AVCs resultantes de disseções arteriais sejam infrequentes, esta etiologia representa uma das principais causas de AVC em idade jovem. Importa salientar, ainda, que os sintomas associados a disseção da artéria vertebral são frequentemente vagos, tornando o seu diagnóstico difícil.
Caso clínico: Um homem de 43 anos recorre ao serviço de urgência com queixa de tonturas e cefaleia de início súbito, associadas a episódio de vómito alimentar. No exame objetivo inicial, encontra-se hemodinamicamente estável, com nistagmo horizontal na levoversão. O estudo analítico não apresenta alterações de relevo. Realiza TC-CE que não revela lesões isquémicas agudas ou lesões ocupantes de espaço. É observado por ORL que descarta causa periférica para o quadro clínico. Quando reavaliado em contexto de urgência, o doente refere dor cervical ligeira; nesta segunda observação, para além do nistagmo, objetiva-se teste de Romberg positivo, e marcha de base ligeiramente alargada. Apesar da ausência de lesões na TC-CE, opta-se pela realização de angioTC-CE que revela uma disseção da artéria vertebral direita. O doente fica internado no serviço de neurologia, tendo uma evolução clínica positiva; teve alta 5 dias após o ictus.
Discussão: Este caso reforça a importância da suspeição clínica desta etiologia em doentes jovens com sintomas vertiginosos, especialmente quando não são observados défices neurológicos agudos óbvios.

P n.º 1096

Jovem adulta com Multisystem inflammatory Syndrome pós COVID-19

Catarina Reigota(1);Filipe Vilão(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução:
Em abril de 2020, surgiu a Multisystem inflammatory syndrome em crianças (MIS-C) - uma resposta inflamatória sistémica severa e rara, consequente da infeção por SARS-CoV-2, semelhante à COVID-19 aguda, doença de Kawasaki e síndrome de choque tóxico.

Caso Clínico:
Jovem de 19 anos do sexo feminino, previamente saudável, recorreu ao SU por febre com 4 dias de evolução, odinofagia, cervicalgia, náusea, anorexia e diarreia. Apresentou infeção ligeira a SARS-CoV-2 três semanas antes.
Houve agravamento clínico durante a permanência no SU culminando em choque cardiogénico com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC). Uma vez estabilizada, foi transferida para a enfermaria de Medicina Interna. A doente foi diagnosticada com MIS-C por cumprir os critérios de diagnóstico definidos pela World Health Organization (WHO), nomeadamente: idade (0-19 anos) e febre por mais de 3 dias + aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR, velocidade de sedimentação ou procalcitonina) + hipotensão ou choque + disfunção miocárdica ou alterações coronárias (ecocardiograma transtorácico com depressão da função sistólica global do ventrículo esquerdo moderada a grave e aumento de troponina e NT-proBNP) + evidência de coagulopatia (trombose veia peroneal esquerda) + sintomas gastrointestinais agudos + sem outra causa microbiológica evidente de infeção/ inflamação + evidência de COVID-19 prévio.
Apesar de não ter feito a terapêutica preconizada para MIS-C houve uma melhoria clínica e analítica.
De referenciar que, 10 dias após a alta, a doente desenvolveu uveíte bilateral aguda e apresentou alopécia de novo.

Discussão:
Trata-se de um caso com interesse clínico, que pretende alertar para o diagnóstico precoce de MIS-C em jovens. A importância do seu diagnóstico correlaciona-se com as consequências sistémicas da doença, sendo necessários mais estudos sobre esta nova patologia, nomeadamente dos possíveis tratamentos assim como das suas sequelas.

P n.º 1104

Carcinoma da mama: Quando a síndrome nefrótica é a primeira manifestação

Dra. Sara Aleixo Cabrita(1);Catarina Jorge(1);Ana Catarina Segundo(1);Roberto Calças(1);José Gago(1);Tatjiana Mihailovic(1);José Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças oncológicas

A síndrome nefrótica (SN) tem sido associada a neoplasias. Os tumores mais frequentemente associados são do estômago, pulmão e cólon; na grande maioria das vezes, a síndrome, caracterizada por proteinúria nefrótica, hipertensão e hematúria microscópica, é detectada após o diagnóstico do tumor, raramento precedendo-o. A SN pode resolver com o tratamento da doença de base e a sua multiplicidade etiológica torna desafiante o seu estudo.
Mulher de 51, obesidade grau 1 e dislipidemia, recorreu ao serviço de urgência por edema generalizado de início progressivo com instalação caudocefálica com 3 meses de evolução. À admissão encontrava-se hipertensa, com edema dos membros inferiores até a raiz da coxa, parede abdominal, região mamária bilateralmente e membros superiores. A mama esquerda apresentava alterações tróficas, embora a doente fosse portadora de uma ecografia mamária recente sem menção a qualquer atipia. Analiticamente destacava-se, hipoalbuminemia 1.6g/dL, hipoproteinemia 5mg/dL, sumário de urina com proteinúria (3+), eritrocitúria (2+), leucocitúria (2+). Ficou internada na Medicina Interna para estudo etiológico da síndrome nefrótica, confirmando-se proteinúria em faixa nefrótica (14056mg/24h), tendo sido realizada biópsia renal. Iniciou terapêutica anti-hipertensora e diurética e após melhoria do edema foi possível observar melhor as alterações tróficas na mama esquerda e adenopatia axilar esquerda, solicitando-se ecografia mamária e mamografia, que confirmaram a presença de nódulo sujeito também a biópsia. Os exames anatomopatológicos da biópsia renal revelaram glomerulonefrite membranosa e, do nódulo mamário carcinoma. Iniciou quimioterapia neoadjuvante e foi submetida a mastectomia radical esquerda, sem evidência de metástases. Recusou reconstrução mamária e iniciou fisioterapia.
O presente caso relembra que uma das causas de SN, a neoplásica, deve ser considerada e ajustada à idade e género, tal como ter em consideração as apresentações atípicas e, que mesmo perante exames inocentes, se a dúvida persistir, devemos reinvestigar.

P n.º 1105

Levodopa-carbidopa: Um caso incomum de intoxicação medicamentosa voluntária

Dra. Sara Aleixo Cabrita(1);Catarina Jorge(1);Miguel Varela(1);Rui Ferreira Almeida(1);Tatjiana Mihailovic(1);José Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A intoxicação medicamentosa voluntária (IMV) é uma situação clínica que carece de intervenção urgente, sendo uma causa principal de suicídio nos países desenvolvidos. Na atualidade científica, são poucos os casos reportados de IMV por de levodopa-carbidopa de ação prolongada, o que dificultou a abordagem do presente caso.
Mulher de 64 anos de idade trazida pela VMER ao serviço de urgência após ingestão de 50 comprimidos de levodopa-carbidopa-entacapona (200+50+200mg) com 4 horas de evolução. Trata-se de doente com antecedentes de hidrocefalia submetida a cirurgia há 5 anos e parkisonismo secundário, com seguimento irregular em consulta de Neurologia. À admissão, apresentava abertura ocular espontânea com pupilas midriáticas não reativas, discurso incoerente, agitação psicomotora e alucinações visuais, pontuando 13 na escala de coma de Glasgow, taquicárdica e pele ictérica. A urina apresentava coloração vermelho fluorescente. Submetida a lavagem gástrica e carvão ativado. Analiticamente, alcoolémia de 61mg/dL e positividade de benzodiazepinas na urina. Dada a disfunção neurológica, admitida na Unidade de Cuidados Intermédios, mantendo taquicardia e alucinações. Avaliada pela Psiquiatria introduzindo-se terapêutica antidepressiva, visando a melhoria anímica dada a perturbação depressiva e gesto autolítico que se prendiam com o aumento da sua dependência de terceiros. Após melhoria e estabilização do estado neurológico, hemodinâmico e dos parâmetros analíticos, desenvolveu parkinsonismo secundário sendo transferida para enfermaria de Neurologia, reiniciando a terapêutica antiparkisoniana. Ao 9º dia de internamento, verificou-se melhoria anímica, iniciando fisioterapia dirigida para otimizar, juntamente com a terapêutica instituída, as consequências das sequelas neurológicas.
O presente caso tornou-se desafiante pela raridade da situação e ausência de suporte científico, tal como a gestão do parkinsonismo numa doente com IMV por antiparkinsónicos. As manifestações neurológicas foram as mais relevantes e o tratamento realizado sintomático. Torna-se imperativo envolver a Psiquiatria para evitar a reincidência e consciencializar para a importância de avaliar a capacidade de autogestão medicamentosa dos doentes com síndromes depressivos, incluindo a família nesse processo.

P n.º 1107

Enfarte testicular segmentar - uma complicação rara

Cristiane Pais Macedo(1);Manuel Lopes(1);Patrícia Afonso Mendes(1);Edgar Tavares da Silva(1);Arnaldo Figueiredo(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
O enfarte testicular pode surgir como complicação de orquite-epididimite mas constitui um acontecimento raro, e habitualmente secundário a infeções sexualmente transmissíveis. Devem ser excluídas outras causas como vasculites, trombofilias e malignidade. A fisiopatologia não está bem esclarecida. Apresenta-se um caso desta complicação rara num jovem.
Caso clínico
Homem de 23 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor testicular intensa, com 1 dia de evolução, que não deixou o doente adormecer, nem cedeu à analgesia.
Trata-se de um doente que, 4 meses antes, tivera infeção por N. gonorrhoeae, confirmada por pesquisa de DNA no exsudado uretral, tendo sido medicado com ceftriaxone e doxiciclina que não cumpriu na totalidade por ter apresentado melhoria sintomática inicial. Após 3 meses as queixas voltaram, sendo medicado com levofloxacina. Uma semana após início de antibioterapia, teve episódio de dor testicular esquerda, intensa, sem relação com atividade ou esforços, sem fatores de alívio ou agravamento.
Voltou ao SU, apresentando tumefação e dor no epidímio esquerdo. Foi avaliado pela Urologia para exclusão de torção testicular, não tinha elevação de parâmetros inflamatórios. Foram visualizadas áreas hiperecogénicas não vascularizadas em ecografia com Doppler, sugestivas de orquite isquémica.
Foi enviado à consulta de Medicina Interna para exclusão de causas médicas de enfarte testicular. Analiticamente tinha serologias negativas, destacando-se apenas infeção prévia por C. trachomatis. Estudo auto-imune de vasculites e síndrome anti-fosfolipídico negativo. O estudo de trombofilias não apresentou alterações que justificassem o quadro e tinha marcadores tumorais de tumor testicular negativos.

Discussão
Este caso alerta-nos para uma complicação rara de orquite infeciosa, requerendo elevado grau de suspeição. No diagnóstico diferencial foram excluídas as restantes causas, concluindo-se ter sido consequente a infeção.

P n.º 1108

Uma causa incomum de pancreatite aguda num doente com COVID-19

Francisco Vara Luiz(1);Catarina Pestana Santos(1);Ana Antunes Albuquerque(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A pancreatite aguda (PA) constitui a doença pancreática mais comum, cuja taxa de mortalidade ronda os 5%. A PA induzida por fármacos é uma entidade rara (1-4% dos casos) que surge nas primeiras quatro a oito semanas após o seu início. Os glucocorticoides orais constituem uma classe farmacológica comummente utilizada, com múltiplos efeitos adversos já conhecidos. Alguns *case reports* descrevem, também, risco de desenvolvimento de PA, com teste de *rechallenge* positivo para a dexametasona, cujo mecanismo parece assentar no aumento da viscosidade das secreções pancreáticas.

Caso clínico: Mulher de 60 anos, saudável, recorre ao serviço de urgência por dispneia e febre com cinco dias de evolução. A radiografia de tórax revelou exsudados algodonosos bilaterais e a pesquisa de SARS-COV2 foi positiva, admitindo-se pneumonia a SARS-COV2 e insuficiência respiratória, pelo que iniciou dexametasona. Ao 9º dia de internamento, inicia quadro de dor abdominal epigástrica em cinturão. A avaliação analítica revelou amilase de 1354, pelo que se assumiu o diagnóstico de PA. A ecografia abdominal não revelou sinais sugestivos de litíase biliar ou de obstrução do trato biliar extra-hepático. Por ausência de melhoria do quadro após 72 horas, realizou tomografia computorizada abdominal, que revelou uma coleção líquida peripancreática, sem sinais de necrose. A doente nega hábitos alcoólicos. O perfil lipídico, calcémia e marcadores de citólise hepática encontravam-se dentro dos parâmetros de normalidade. A terapêutica com dexametasona foi suspensa ao 10º dia de internamento, tendo-se constatado evolução favorável.

Discussão: A PA induzida por fármacos tende a ser ligeira e autolimitada, com terapêutica essencialmente de suporte. Dado que a maioria da evidência publicada sobre esta entidade assenta em *case reports*, o diagnóstico apenas deve ser realizado após exclusão das causas mais comuns, pesando sempre os prós e os contras da interrupção terapêutica. Nesta doente, poder-se-ia especular a associação da PA com a infeção SARS-COV2, já descrita na literatura, mas cujo mecanismo ainda se encontra por esclarecer. Contudo, esta relação parece ser mais frequente no doente crítico, em contraste com o caso apresentado, surgindo a PA secundária à dexametasona como a hipótese mais provável.

P n.º 1109

Um caso de malária grave

Jéssica Abreu(1);Ana Catarina Gonçalves(2);Gonçalo Cristóvão(2);Claudina Cruz(2);Helena Antunes(3);Freddy Ramirez(2);Diana Seixas(2);Maria José Manata(2);Fernando Maltez(2)
(1) HOSP VILA FRANCA XIRA (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A malária é uma infeção endémica nos trópicos, com 95% dos casos em território africano. É causada por Plasmodium spp,um parasita transmitido pelo mosquito Anopheles. A clínica é variável, desde alterações gastrintestinais autolimitadas atéfalência multiorgânica. A maioria dos casos graves são atribuíveis a Plasmodium falciparum (90%). A co-infeçãocom VIH tem sido associada a casos mais severos, com aumento das complicações e da mortalidade. O diagnóstico é confirmado pela identificação de parasitémia em esfregaço de sangue periférico. O tratamento deve ser iniciado aquando da suspeita clínica, por via endovenosa nos casos graves e, se necessário, admissão em unidades especializadas.
Os autores relatam o caso de um homem, 78 anos, autónomo, com infeção por VIH-1, que recorreu ao Serviço de Urgência, por quadro de duas semanas de evolução de astenia e mal-estar inespecífico, febre, cansaço fácil, e diarreia aquosa (>5 dejeções/dia, sem sangue, muco ou pús). Tinha regressado de Angola dois dias antes, onde permanecera um mês.
Das análises efetuadas a destacar trombocitopenia grave (29.000/L), AST 112 UI/L, ALT 50 UI/L, LDH 815 UI/L, CK 1609 UI/L. Pesquisa de P. falciparum positiva com parasitémia de 15%. Carga vírica de VIH 342 cp/mL e Linfócitos T CD4+ 533 (34%).
Realizou fluidoterapia e cumpriu três dias de artesunato e trêsdias de artemeter-lumefantrina. Necessitou de admissão na Unidade Cuidados Intermédios para vigilância durante 24horas. Observou-se melhoria analítica com parasitémianegativa após quatro dias, contudo, com persistência de diarreia apesar de terapêutica antimalárica. Realizou investigação etiológica adicional, com deteção de antigénio Cryptosporidium nas fezes, tendo sido efetuado tratamento com azitromicina (ausência de disponibilidade nitazoxamida) com melhoria clínica.
A parasitémia >10% é um fator de gravidade que obriga a monitorização apertada pela possibilidade de falência multiorgânica. A situação apresentada revela um exemplo de infeção grave num doente com VIH-1, com boa resposta aos antimaláricos. Neste caso em concreto, a persistência da diarreia apesar de antimaláricos num doente com viagem recente a um país trópico, levou à necessidade de exclusão de causas de diarreia infecciosa.

P n.º 1112

Meningoencefalite bacteriana – uma causa invulgar

Ana Sofia Ferreira Silva(1);Eugénio Gonçalves(1);Rita Rei Neto(1);Joana Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A meningoencefalite é uma doença inflamatória das leptomeninges. Quando adquirida na comunidade tem como principais pontos de partida a colonização da nasofaringe, a invasão do sistema nervoso central por contiguidade ou a bacteriémia com ponto de partida noutro foco infecioso, sendo os microorganismos mais frequentes o Streptoccocus pneumoniae e a Listeria monocytogenes.
Sexo feminino, 67 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e alcoolismo (400g/semana), recorreu ao serviço de urgência por quadro de mal-estar generalizado com quatro dias de evolução, associado a episódio de alteração súbita do comportamento, com discurso confuso e desequilíbrio na marcha desde o dia da admissão. Ao exame objetivo, descrita como verborreica, agitada e desorientada; não cumpria ordens simples, desidratada e com desconforto à palpação abdominal. Sem outras alterações ao exame neurológico sumário ou achados sistémicos de relevo. Analiticamente, destacava-se uma elevação da proteína C reativa (17.38mg/dL), sem alterações na função tiroideia. TC-CE sem lesões agudas. A punção lombar revelou pleocitose (14 leucócitos com 50% polimorfonucleares e proteinorráquia ligeira) tendo sido iniciada antibioterapia empírica com Ceftriaxone, Ampicilina e Aciclovir. Ao segundo dia de internamento na Unidade Intermédia teve isolamento de Streptococcus agalactiae (grupo B) multissensível nas hemoculturas e no líquido cefalorraquidiano, tendo-se mantido antibioterapia dirigida com Ampicilina durante 21 dias. O restante estudo serológico de outros agentes infeciosos e marcadores víricos foram negativos. Durante o internamento foi documentado um episódio de hematoquézias, com evidência de úlceras sigmóideas com características inflamatórias no estudo endoscópico dirigido. O Ecocardiograma transesofágico excluiu endocardite. Foi assumido uma colite infeciosa como ponto de partida para a bacteriémia e meningoencefalite a S. agalactie.
Discussão: Com este caso clínico pretende-se alertar para a prevalência das infeções do sistema nervoso central em indivíduos imunocompetentes com alterações súbitas do comportamento, bem como para as causas menos frequentes de meningoencefalite bacteriana, mesmo quando inicialmente não são óbvias as origens do microrganismo responsável pela infeção.

P n.º 1116
3 casos de febre de origem não infeciosa
Maria Helena f. Silva(1);Rita Serejo Portugal(1);André Matos Gonçalves(1);Volodymyr Nagirnyak(1);Ana Rita Sanches(1);Sónia Cunha Martins(1);Margarida Sousa Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Tema: Outro

Introdução: A febre pode ser causada quer por condições infeciosas, quer por condições não infeciosas. De seguida apresentam-se 3 casos clínicos de febre em contextos não infeciosos.
Casos clínicos:
Mulher de 40 anos, com antecedentes de esquizofrenia, medicada com clozapina, risperidona e lorazepam, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de febre, mutismo e convulsões. Durante o internamento foi realizada TC-CE, RM-CE, punção lombar e controlo analítico sem outras alterações para além de rabdomiólise. Foi colocada a hipótese diagnóstica de síndroma maligno dos neurolépticos tendo sido suspensa esta medicação com melhoria progressiva do quadro.
Homem de 37 anos, previamente saudável, recorre ao SU por quadro de cansaço progressivo, fraqueza muscular, mialgias, artralgias e febre. Os exames complementares revelaram rabdomiólise, citólise hepática e parâmetros inflamatórios elevados pelo que iniciou antibioterapia empírica. Por ausência de melhoria clínica ou laboratorial, e por ausência de foco infecioso, colocou-se a hipótese de miopatia inflamatória e iniciou corticoterapia obtendo-se melhoria progressiva do quadro.
Homem de 59 anos, previamente saudável, recorre ao SU por quadro de dor torácica que agravava com inspiração, referindo ainda emagrecimento (23Kg em 6 meses), cansaço, suores noturnos, febre, prurido generalizado e adenopatias múltiplas com vários meses de evolução. Ficou internado para estudo, tendo sido diagnosticado linfoma Hodgkin tipo esclerose nodular após biópsia de lesão cervical.
Conclusão: Todos os dias somos confrontados no SU com doentes que apresentam febre e devemos estar despertos para o facto de que esta pode muitas vezes ocorrer em condições não infeciosas como nos exemplos supracitados, em que nos é apresentada uma reação a um tóxico, uma causa autoimune e uma causa neoplásica.

P n.º 1118
Síndrome da Veia Cava Superior
Maria Helena f. Silva(1);Rita Serejo Portugal(1);André Matos Gonçalves(1);Volodymyr Nagirnyak(1);Ana Rita Sanches(1);Sónia Cunha Martins(1);Margarida Sousa Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A síndrome da veia cava superior deve-se a qualquer condição que resulta na obstrução do fluxo através deste vaso, neste caso em específico ocorre por compressão externa devido à invasão de estruturas adjacentes.
Caso Clínico: Mulher de 56 anos, autónoma, apresenta-se no Serviço de Urgência, com queixas de edema assimétrico do hemicorpo direito, cansaço fácil e tosse não produtiva com cerca de 2 semanas de evolução. Referia ainda perda ponderal, de aproximadamente 8 kg em algumas semanas. Trata-se de uma doente com hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressivo, previamente referenciada a Consulta de Cirurgia Geral por "tumefação dolorosa na região dorsal com 2 meses de evolução". Foram observadas e excisadas duas lesões, cuja anatomia patológica revelou " (…) metástase cutânea de carcinoma de pequenas células do pulmão." Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que demonstrou "volumosa massa pulmonar direita com invasão das estruturas hilares e do mediastino determinando marcada estenose da veia cava superior", "sinais de disseminação ganglionar cervical, axilar homolateral, mediastínica", "disseminação pleural", "sinais de metastização supra-renal", "múltiplas massas abdominopélvicas e intramusculares (…) e subcutâneas, suspeitas de implantes tumorais", "prováveis implantes subcapsulares no lobo esquerdo do fígado" admitindo-se Síndrome da Veia Cava Superior em contexto de Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão amplamente metastizado, a doente ficou internada tendo iniciado radioterapia dirigida.
Conclusão: A pertinência deste caso clínico prende-se não só pela exuberância da apresentação, mas também como forma de relembrar um importante diagnóstico diferencial num doente que se apresenta no Serviço de Urgência com edema assimétrico.

P n.º 1130

COVID19 além dos pulmões: um caso de menigoencefalite viral

Patrícia Macedo Simões(1);Jesennia Chincilla Mata(1);Sandra António(1);Diana Vital(1);Tetiana Baiherych(1);Bernardo Silva(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A infecção pelo vírus SARS-CoV2 mais frequentemente cursa com febre, sintomas respiratórios, mal-estar, e mialgias, constituindo a denominada COVID19. Literatura recente tem reportado possíveis complicações neurológicas, incluindo casos reportados de encefalites virais associadas a infecção a SARS-CoV2.
De seguida apresenta-se o caso de um homem, de 32 anos, autónomo nas AVDs, fumador, com antecedentes pessoais de asma, e com história de 2 encefalites virais na infância.
Foi trazido ao SU por quadro com 12h de evolução de febre (38,5º-39ºC), com resposta limitada a anti-piréticos, e alteração do estado de consciência, prostração, e rigidez dos membros com 6h de evolução. Teria frequentado uma festa na noite anterior. Acompanhante referia ainda que o doente apresentava rinorreia e tosse desde há 2 dias.
À observação, apresentava: TT 38,3ºC, TA 136/69mmHg, FC 71bpm, SpO2 96% aa. Encontrava-se obnubilado, não colaborante, com abertura ocular apenas a estímulos vigorosos, sem discurso verbal. Verificava-se desvio da comissura labial à direita, e rigidez dos membros predominantemente à direita.
Analiticamente, não se verificavam alterações de destaque. A pesquisa de drogas na urina revelou-se positiva apenas para canabinóides. Do exame citoquímico do LCR destaca-se: cor rosada, aspecto hemático, proteinorráquia 70,6mg/dL, glicose 75,0mg/dl (glicemia 107,0mg/dL), contagem de células 10 uL.
Fez pesquisa de SARS-CoV2 para internamento, que foi positiva.
Ficou internado com suspeita de meningoencefalite viral, e iniciou terapêutica empírica com aciclovir, vancomicina, ceftriaxone, e dexametasona. Do estudo complementar não se apuraram outras alterações, apresentando exames culturais negativos, pesquisas de anticorpos virais e sífilis negativos. O resultado da pesquisa de SARS-CoV2 por PCR no LCR foi negativo.
Durante o internamento apresentou melhoria progressiva, com recuperação total dos défices neurológicos, tendo tido alta ao 8º dia de internamento.
É importante ter em atenção possíveis complicações neurológicas, como encefalite, em doentes com infecção a SARS-CoV2, mesmo sem clínica respiratória grave. O diagnóstico pode ser difícil, uma vez que o exame do LCR pode não ser exuberantemente patológico e a pesquisa do vírus no LCR pode ser negativa.

P n.º 1131

Artrite gonocócica: a importância do contexto epidemiológico

Andreia Sá Lima(1);Luís Moura(1);Gonçalo Cavaco(1);Frederico Duarte(1);Sara Camões(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Artrite gonocócica é reflexo de infeção disseminada por Neisseria Gonorrhoeae, um diagnóstico raro na prática clínica.
Mulher de 41 anos, com múltiplas idas à urgência por dor incapacitante na região sacroilíaca e inguinal esquerda de ritmo misto, que impedem a marcha. Apresenta febre e marcadores inflamatórios elevados (PCR 238 mg/L, VS 80 mm/1h). Ao exame físico (EF) não consegue mobilizar o membro inferior esquerdo, nem passiva- nem ativamente, por dor intensa na virilha, com dor à palpação na inserção do bicípite femoral no joelho direito. Sem alterações no restante EF. É internada para controlo álgico e estudo do quadro. Em internamento foi necessária escalada analgésica progressiva: AINEs, opiáceos e posteriormente ciclo de CCT sistémico, altura em que refere maior alívio de dor. Do estudo realizado, tem serologias e estudo autoimune negativo; tomografia computorizada (TC) e ressonância magnética (RM) articulares identificam artrite coxofemoral esquerda, possível artrite reativa/infeciosa, mas com líquido articular em pequena quantidade, não abordável para artrocentese. RM mostra ainda rotura muscular do quadrado femoral, justificando em parte o quadro álgico, atuando como confundidor no diagnóstico final. Estudo radiológico exclui envolvimento da coluna lombar e sacroilíacas com significado patológico. Do contexto epidemiológico salienta-se contacto sexual desprotegido com parceiro único ocasional. Perante possibilidade de doença gonocócica ou artrite reativa secundária a infeção sexualmente transmissível, realizada colheita de exsudado vaginal e identificada Neisseria Gonorrhoeae, sem coinfeção por Chlamydia trachomatis. Medicada com ceftriaxone por 10 dias, com franca melhoria clínica e analítica.
A artrite gonocócica é um desafio diagnóstico dentro dos múltiplos diagnósticos diferenciais de mono- e poliartrite, sendo necessária uma elevada suspeição clínica. Assim, a avaliação precoce do contexto epidemiológico é uma mais-valia na avaliação dos doentes.

P n.º 1137

Incontinência urinária e hiponatrémia

SERGIO COSTA MONTEIRO(1);Joana Martinez(1);Jéssica Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Maria Teresa Borralho(1);Andreia do Carmo Lopes(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças renais

A hiponatrémia é um diagnóstico muito comum na prática clínica, com um amplo espetro de sinais e sintomas, sendo a determinação da sua etiologia essencial para a sua correta correção. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 77 anos com diabetes mellitus não insulinotratada, hipertensão arterial essencial, dislipidemia e incontinência de urgência que recorreu ao SU por astenia generalizada, tremores e cefaleia com 1 dia de evolução. Negava náuseas, vómitos, febre ou outros sintomas. Ao exame objetivo prostrada, mucosas hidratadas, sem edemas dos membros inferiores. Durante a avaliação inicial apresentou crise convulsiva tónico-clónica generalizada com reversão após 10 mg de diazepam. Laboratorialmente com hiponatrémia (sódio de 112 mEq/L), elevação da CPK e osmolaridade sérica diminuída. Sem alterações da glicose, função renal e função tiróideia. Serologias víricas negativas. Gasimetria sem alterações. Osmolaridade urinária elevada e sódio urinário >40 mEq/L. RX tórax e TAC cranioencefálica sem alterações. Feito o diagnóstico de hiponatrémia euvolémica sintomática grave. Revista toda a história clínica e medicação habitual da doente. Destaca-se a introdução de 1 comprimido de desmopressina 0.2 mg/dia duas semanas antes do episódio atual para controlo da urgência miccional noturna (médico assistente). Assumiu-se, assim, como causa da hiponatrémia a iatrogenia à desmopressina. Iniciou bólus de 100 mL de solução salina hipertónica a 3% (NaCl a 3%) durante 10 minutos com melhoria clínica parcial. Após estabilização clínica, manteve-se sob medidas otimizadas para correção da natrémia (NaCl a 3% de acordo com o défice de sódio cálculado, restrição de ingesta de água, aumento da ingestão salina, furosemida e suspensão da desmopressina) com melhoria clínica e laboratorial progressivas. Teve alta após 7 dias de internamento com sódio de 138 mEq/L, suspensão da desmopressina, introdução de cloreto de tróspio e orientação para consulta de uro-ginecologia. Este caso vem mostrar uma causa iatrogénica de hiponatrémia, muitas vezes grave na sua apresentação clínica, determinada por um agente farmacológico que não apresenta evidência quanto à sua relação risco-benefício no tratamento da incontinência de urgência em idade adulta, com efeitos adversos bem documentados em indivíduos com idade superior a 65 anos.

P n.º 1146

Será que continuamos a desvalorizar a dor?

Monika Dvorakova(1);Inês Benedito Martins(1);Teresa Bernardo(1);Catia Albino(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Cuidados paliativos

Introdução:
A dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial.
O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever de quem os trata, por esta razão a DGS instituiu a dor como 5º sinal vital. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde.
Objetivos:
Avaliação quantitativa da dor em doentes internados no Serviço de Medicina e terapêutica analgésica efetuada.
Material e Métodos
Estudo observacional, transversal, realizado entre 23 e 27 de Maio de 2022 aos doentes internados no Serviço de Medicina Interna.
A avaliação da dor foi realizada usando a Escala de faces (EF) e a escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) em doentes com alteração do estado de consciência.
Resultados
No estudo foram incluídos 77 doentes, 65% homens (n=50), idade mediana de 81 anos (min 55, max. 93). A maioria foi admitida por patologias infeciosas (n= 41), 8 doentes tinham doença oncológica ativa.
15 doentes apresentavam alteração de consciência, tendo a dor sido avaliada usando a escala FLACC.
32.5 %(n=25) dos doentes tinham dor, dos quais 28% apresentavam dor ligeira (1-3 na escala EF), 44% dor moderada (4-7) e 28% dor intensa(>7 na escala EF).
Apenas 53,2% dos doentes tinham analgesia prescrita dos quais, à data do levantamento, apenas 29,3% tinham analgesia fixa, o que significa que a maioria tinha a prescrição apenas em SOS (70,7%).
A 54.5% dos doentes com dor moderada foi administrada analgesia e apenas 28% (n=2) dos doentes com dor intensa (n=7) tinham analgesia prescrita.
Assim sendo, os resultados do estudo mostram que a terapêutica analgésica é insuficiente o que é ainda mais evidente nos doentes com dor intensa.
Conclusão:
Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada. O estudo tem como objetivo sensibilizar a comunidade médica para a importância e o impacto do controlo da dor.

P n.º 1153

Pustulose exantemática aguda generalizada: quando a cura é o pior remédio!

MARIANA BESSA QUELHAS(1);Liliana Carneiro(2);Raquel Calisto(2);Rosa Anita Fernandes(2);Inês Leite(2)
(1) Hospital Elvas (2) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças raras

A pustulose exantemática aguda generalizada (AGEP) é uma dermatose rara caracterizada por pústulas estéreis não foliculares agudas de base eritematosa e edematosa. Associadamente pode existir febre, prurido ou sensação de queimadura. Foram descritos muitos fatores contribuintes, mas na maioria dos casos está relacionado a fármacos, como aminopenicilinas, quinolonas, sulfonamidas e diltiazem. (1)

Homem de 87 anos, parcialmente dependente, com múltiplas comorbilidades, incluindo história prévia de quadro de AGEP de etiologia não esclarecida. Foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico em ambulatório por presumida úlcera do membro inferior infetada, sem melhoria, e com desenvolvimento de eritema extenso, com atingimento de toda a pele. Aos 4 dias de antibioterapia, recorreu ao Serviço de Urgência por manutenção dos sintomas e febre, sendo assumida celulite com falência terapêutica, e escalada antibioterapia para piperacilina/tazobactam, posteriormente associada a linezolide. O doente manteve febre e áreas extensas de eritema generalizado com edema e pústulas, prurido, descamação da pele e aumento franco de parâmetros inflamatórios (Proteína C Reativa (PCR) 350mg/dL, sem eosinofilia). Por forte suspeita de reação alérgica foram suspensos todos os antibióticos e iniciou prednisolona 80mg/dia e clemastina 2mg duas vezes ao dia. O doente evoluiu favoravelmente com apirexia sustentada, melhoria das lesões e normalização da PCR. Assumida AGEP secundária a beta-lactâmicos, e o doente teve alta com indicação de evicção de antibióticos beta-lactâmicos.

A AGEP é classificada como uma reação adversa cutânea grave, a maioria dos casos apresenta um curso favorável com resolução completa dos sintomas em 2 semanas. Por norma, o tratamento é apenas sintomático, mas em casos mais graves poderá ser útil o uso de corticoides sistémicos. (1) Perante um doente com febre sustentada e aumento dos parâmetros inflamatórios é fundamental questionar a razão da não melhoria, em vez de continuar a escalada de antibioterapia. Uma história clínica cuidadosa na avaliação de todos os doentes é essencial.

1 – “Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) – A clinical reaction pattern”; Sidoroff A, Halevy S, Bavinck JNB, Vaillant L, Roujeau J-C; Journal of Cutaneous Pathology 2001; 28: 13–119.

P n.º 1166

Hepatite autoimune – uma doença rara ou subdiagnosticada?

Mónica Dias(1);Ana Filipa Martins(1);Rita Matos Sousa(1);Joana Sousa Morais(1);Maria João Regadas(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites
Introdução: A hepatite autoimune (HAI) caracteriza-se por lesão hepatocelular, hepatite de interface a nível histológico, presença de anticorpos e hipergamaglobulinemia. Manifesta-se maioritariamente de forma insidiosa, podendo ser assintomática. Foi a primeira doença hepática a ter uma intervenção terapêutica comprovadamente eficaz, no entanto, por ser uma entidade rara e muito heterogénea na sua forma de apresentação, continua a apresentar-se como um diagnóstico difícil.
Caso clínico: Uma mulher de 44 anos recorreu ao serviço de urgência por náuseas e vómitos com 1 mês de evolução. Os antecedentes incluíam síndrome metabólico e consumos alcoólicos. Ao exame objetivo apresentava hepatomegalia e discreta icterícia. Das análises iniciais destaca-se a concentração de aminotransferases 50 vezes acima do limite da normalidade e hiperbilirrubinémia. Análises prévias demonstravam já padrão ligeiro de citólise hepática, interpretada no contexto dos antecedentes conhecidos. O estudo subsequente revelou hipergamaglobulinémia, ANA 1/320 e SMA 1/80. A biópsia hepática demonstrou infiltrado inflamatório plasmocitário e atividade necro-inflamatória moderada. Foi feito o diagnóstico de HAI e iniciado tratamento com Prednisolona 1 mg/kg/dia, em esquema semanal de redução da dose. Três semanas depois, as análises demonstraram total remissão bioquímica.
Discussão: A HAI pode associar-se a várias outras condições hepáticas, como doenças colestáticas, esteato-hepatite ou hepatites víricas, e facilmente ser esquecida como diagnóstico diferencial em doentes com antecedentes compatíveis com estas etiologias. Atrasos na identificação da HAI e consequentemente atraso no início de terapêutica resulta num pior prognóstico, com maior risco de progressão da doença e mortalidade. Assim, a HAI deve ser considerada em todos os doentes com lesão hepatocelular, de forma a instituir tratamento o mais precocemente possível.

P n.º 1168

Tuberculose: ganhou-se uma luta, mas ainda não se ganhou a guerra

Mónica Dias(1);Ana Filipa Martins(1);Rita Matos Sousa(1);Joana Sousa Morais(1);Maria João Regadas(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infeciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis complex. Pode atingir qualquer órgão, sendo o pulmão o mais frequentemente afetado. Portugal tem assistido nos últimos anos a uma diminuição significativa da incidência de tuberculose, permitindo, entre outras medidas de saúde pública, a alteração da estratégia de vacinação com BCG. No entanto, tem-se registado um aumento na Europa de casos de tuberculose extrapulmonar, atribuído à epidemia de infeção por HIV e à imigração.
Caso Clínico: Um homem de 34 anos, natural de Guiné-Bissau, recorre ao serviço de urgência por odinofagia e tumefação cervical com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo, apresenta uma tumefação cervical esquerda, com fistulização cutânea e saída de conteúdo purulento. Realiza-se assim drenagem do compartimento cervical anterior, inicia antibioterapia empírica e mantém vigilância em internamento. Do estudo complementar realizado, de realçar alterações imagiológicas em TC e RMN a revelar existência de processo infecioso destrutivo na coluna cervical, lombar e osso ilíaco e, ainda, envolvimento pulmonar. O exame cultural do exsudado identificou o Mycobacterium tuberculosis complex. Trata-se, portanto, de um caso de tuberculose com envolvimento pulmonar, ganglionar e ósseo. O doente iniciou tratamento com antibacilares e manteve seguimento em consulta, com estabilidade clínica e imagiológica.
Discussão: Cerca de 20% dos casos de TB em Portugal ocorrem em pessoas nascidas fora do país e esta proporção tem vindo a aumentar nos últimos anos. Além disso, esta população apresenta uma percentagem de TB extrapulmonar significativamente superior à da população nativa. É importante manter um elevado grau de suspeição para o diagnóstico de TB, principalmente as suas formas extrapulmonares, de forma a ser feito um diagnóstico precoce e evitadas as complicações.

P n.º 1169
Afinal quem é o oportunista?
Joana Filipa Lopes Ferreira(1);Inês Ângelo(1);Joaquim Peixoto(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Em doentes VIH positivos, as infeções oportunistas não podem ser esquecidas.
A resposta à terapêutica dirigida a certos patógens é por vezes morosa em doentes imunocomprometidos, contudo, quadros de sobre-infeção por outros agentes não deverão ser descartados na ausência de melhoria clínica.
Mulher de 63 anos com diagnóstico de infeção por VIH recente, má situação imunológica com ausência de células CD4+, observada pela primeira vez em consulta de Infeciologia. Por apresentar sintomatologia respiratória, com sensação de dispneia e tosse produtiva, foi encaminhada para o serviço de urgência. Após observação clínica e realização de radiografia (Rx) torácica com evidencia de padrão intersticial, difuso, bilateral, e com reforço peri-hilar, colocada a hipótese diagnóstica de Pneumocistose pulmonar. Neste contexto, a doente foi internada e iniciou terapêutica dirigida. A broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar, confirmou o diagnostico. Realizou 21 dias de terapêutica, com melhoria clínica.
Durante o internamento iniciou terapêutica anti-retroviral.
Novo agravamento clínico, com febre, dispneia e necessidade de oxigénio suplementar. Rx-torax com infiltrado intersticial bilateral com áreas de consolidação nodulares. Realizou antibioterapia empírica de largo espectro, com cobertura para Gram+ e Gram-, com ausência de melhoria. Posteriormente adicionada cobertura antifúngica, sem resposta clínica favorável. Neste contexto, colocada a hipótese diagnóstica de pneumonia a citomegalovirus (CMV). Iniciou terapêutica com Ganciclovir. Realizou nova broncofibroscopia, com lavado broncoalveolar, que viria a confirmar a presença de CMV por PCR. Após terapêutica com Ganciclovir, verificou-se resolução do quadro infecioso.
Perante um quadro infecioso em doente VIH+, é muito importante ter em consideração não só a clínica do doente, como também a sua situação imunológica, nomeadamente a contagem de células CD4+.
Este caso é de particular interesse pois deparamo-nos com duas infeções oportunistas do sistema respiratório. Em doentes com contagem de CD4+ inferior a 200 células/mm3 a infeção por Pneumocystis jiroveci é frequente e não deve ser esquecida em doente com clínica respiratória e padrão radiológico típico. Já a pneumonia a CMV é relativamente rara podendo constituir um desafio diagnóstico.

P n.º 1170

Derrame Pleural Recidivante: Um Desafio Diagnóstico

Catarina Gama(1);Margarida Lagarto(2);Beatriz Chambino(2);Cristiana Camacho(2);Marco Fernandes(2);Francisca Dâmaso(2);Rita Carvalho(2);Tiago Pina Cabral(2);Susana Jesus(2);Cândida Fonseca(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO:
O mesotelioma é uma neoplasia rara, insidiosa e com mau prognóstico, que atinge o mesotélio, afetando a pleura, peritoneu, pericárdio e tunica vaginalis. A exposição a asbestos é o principal fator de risco, sendo o período de latência entre a exposição e o diagnóstico muito prolongado. As manifestações clínicas além de tardias, mimetizam manifestações de outras patologias frequentes, o que dificulta e atrasa o diagnóstico, contribuindo para o mau prognóstico.

CASO CLÍNICO:
Mulher, 76 anos, melanodérmica. Antecedentes Pessoais: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, dois internamentos prévios por derrame pleural de etiologia não esclarecida. Recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de fadiga. À observação: polipneica e com murmúrio vesicular ausente no hemitórax direito. A radiografia e tomografia computadorizada (TC) de tórax revelaram volumoso derrame pleural direito. O líquido pleural apresentava características de exsudado e o exame bacteriológico, incluindo pesquisa de M.tuberculosis, foi negativo. A avaliação citológica do líquido e a biópsia pleural referiam “provável hiperplasia mesotelial reativa”, mas não excluíam metastização secundária. Para excluir neoplasia oculta realizou TC abdomino-pélvica que evidenciava “ectasia das vias biliares intra-hepáticas (...) colo uterino discretamente globoso”; e citologia cervico-vaginal com identificação de células pavimentosas de significado indeterminado. A avaliação laboratorial, Endoscopia, Colonoscopia, Tomografia por Emissão de Positrões (PET) e Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) não revelavam alterações. Por recidiva do derrame realizou toracoscopia com biópsia pleural, que fez o diagnóstico de mesotelioma pleural.

DISCUSSÃO:
Este caso clínico comprova a dificuldade da confirmação diagnóstica, na ausência de fatores de risco, alertando para a importância da suspeição desta entidade a incluir no diagnóstico diferencial do derrame pleural.

P n.º 1171

Importância do jejum na acidose metabólica do doente diabético

Catarina Gama(1);Tiago Pina Cabral(2);Cristina Gouveia(2);Marco Fernandes(2);Cristiana Camacho(2);Beatriz Chambino(2);Alice Sousa(2);José Guia(2);Cândida Fonseca(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO:
O período de jejum, pela diminuição de glicemia, promove o aumento da produção de glucagon bem como de corpos cetónicos. Após 12-14 horas de jejum, há um aumento com subsequente plateau da concentração de corpos cetónicos. No doente diabético, dada a ausência/resistência de insulina basal capaz de superar as necessidades energéticas do jejum, criadas pela glicogenólise e neoglicogénese, bem como pela incapacidade em frenar a produção de glucagon, ocorre um aumento de produção de corpos cetónicos potencialmente grave.

CASO CLÍNICO:
Mulher de 75 anos, com Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus tipo 1, Doença Renal Crónica estadio IIIb (creatinina basal 1,9mg/dL) e Osteoporose foi admitida no serviço de urgência após episódio de síncope com traumatismo crânio-encefálico e do membro inferior direito. Deste resultaram hematoma subdural esquerdo e fratura do colo do fémur. No contexto pós-operatório desenvolveu quadro de recusa alimentar, prostração, vómitos e oligoanuria. Analiticamente detetou-se creatinina de 3.7mg/dL e acidose metabólica grave (pH 7.241, HCO3- 8.0mmol/L). Após 4 dias de hemodiálise, verificou-se cetonemia 6.3mmol/L, glicemia capilar máxima 200mg/dl e novo agravamento da acidose metabólica (pH 7.29, HCO3 11.7mEq/L). Perante recusa alimentar mantida associada a náusea e vómitos, em doente sob insulinoterapia basal-bólus, foi assumido quadro de cetoacidose associada ao jejum. Iniciou perfusão de insulina, com monitorização endovenosa. Após seis horas de terapêutica obteve normalização da glicemia e da cetonemia, com correção da acidose metabólica (pH 7.35, HCO3- 16.9mEq/L). Perante restituição de via oral, foi efetuado desmame progressivo de insulina para dose habitual, sem recidiva da acidose.

DISCUSSÃO:
O presente caso salienta a contribuição do jejum para a acidose metabólica no doente diabético com doença renal crónica, tendo em conta a relevância da terapêutica dirigida nestes doentes frequentemente idosos e com distúrbios alimentares.

P n.º 1172

AVC hemorrágico… Para além da causa mais comum

Patrícia da Cunha Brito(1);Ana Rita Pedroso(1);Olinda Sousa Caetano(1);Inês Manuel Gonçalves(1);Marina Alves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico corresponde a 9-27% de todos os AVCs. Dentro das causas desta patologia, encontram-se a hipertensão arterial (HTA) - a mais comum, angiopatia amiloide e malformações vasculares.
CASO CLÍNICO: Homem de 76 anos, autónomo para as atividades de vida diária. Com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, anomalia da glicose em jejum e excesso de peso. Trazido ao Serviço de Urgência por discurso desconexo e desorientação com um dia de evolução. À admissão, normotenso, apirético e com glicemia 100 mg/dL. Ao exame neurológico, errou o nome e o mês, apresentava discurso pouco fluente, com parafasias e hesitação na nomeação, cumpria ordens simples e complexas, sem outros défices. Sem outros achados ao exame físico. Sem alterações de relevo analiticamente. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que apresentava lesão ligeiramente hiperdensa talâmica esquerda rodeada de halo hipodenso, potencialmente edema, que moldava discretamente a parede do III ventrículo – sugestivo de hemorragia espontânea. Assumido o diagnóstico de AVC hemorrágico, em provável contexto de HTA mal controlada, tendo em conta a localização. Durante o internamento, o doente apresentou valores tensionais sempre dentro dos limites da normalidade, sem terapêutica hipotensora. Realizada ressonância magnética cerebral para investigação etiológica que revelou a presença de múltiplos cavernomas.
DISCUSSÃO: Apesar de a HTA mal controlada ser a principal causa de AVC hemorrágico, é necessário considerar outras hipóteses de diagnóstico quando estamos perante esta patologia. Os cavernomas são um tipo de malformação vascular rara (0,15-0,56/100.000 pessoas/ano), que se podem apresentar com hemorragia cerebral, défices neurológicos ou epilepsia. Por estas razões, o seu diagnóstico deve ser precoce, com vista a um tratamento dirigido (sempre que indicado), já que este pode ter um impacto significativo na qualidade de vida do doente e na mortalidade.

P n.º 1174

HTA secundária a doença de Cushing – um diagnóstico improvável

Patrícia da Cunha Brito(1);Ana Rita Pedroso(1);Olinda Sousa Caetano(1);Inês Manuel Gonçalves(1);Marina Alves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial (HTA) resistente ao tratamento é definida como pressão arterial acima do objetivo, apesar de terapêutica com três ou mais fármacos de classes diferentes (incluindo um diurético), na dose máxima tolerada, após confirmação de adesão terapêutica e exclusão de causas secundárias.
CASO CLÍNICO: Mulher de 82 anos, dependente nas atividades básicas de vida, já com períodos de desorientação. Com antecedentes pessoais de HTA, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença renal crónica e obesidade. Trazida ao Serviço de Urgência por cefaleia em agravamento desde há um mês. Objetivamente, com tensão arterial 172/107 mmHg, desidratada, com obesidade centrípeta e fragilidade cutânea. Analiticamente, com agravamento da função renal. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que não apresentava lesões isquémicas ou hemorrágicas agudas, mas com lesão ocupante de espaço selar.
Durante o internamento, com HTA de difícil controlo, mesmo sob quatro antihipertensores. Analiticamente com cortisol sérico e urinário aumentados, associado a aumento da ACTH. Com aumento também da prolactina. Na ressonância magnética cerebral confirmada a presença de lesão expansiva selar, de cerca de 20mm de diâmetro, com extensão supra-selar, compatível com macroadenoma hipofisário. Feito o diagnóstico de provável doença de Cushing, com compressão da haste hipofisária e consequente hiperprolactinemia.
DISCUSSÃO: A doença de Cushing é causada por um adenoma da hipófise produtor de ACTH, com consequente hipercortisolismo. Por vezes, as manifestações clínicas podem ser subtis e inespecíficas, pelo que o diagnóstico pode ser desafiante, principalmente na população idosa.
É importante considerar, apesar de rara, a doença de Cushing como causa secundária de HTA, em doentes de qualquer idade, já que o tratamento dirigido levará a um melhor controlo tensional, com consequente redução da morbilidade e mortalidade cardiovascular.

P n.º 1175

Nem todas as alterações neurológicas são via verde AVC

Daniela Nascimento Matias da Silva(1);Carlos Rebelo(2);Jorcélio Vicente(3);Rita Ramalho Fernandes(3);João Santiago Correia(3)
(1) Hospital Elvas (2) USF Raia Maior (3) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A esclerose múltipla (EM) exige um diagnóstico diferencial com múltiplas patologias, incluindo vasculares. Apresenta-se um caso de um doente jovem admitido no Serviço de Urgência (SU) por clínica neurológica aguda, com activação de via verde AVC (acidente vascular cerebral) no pré-hospitalar, mas cuja investigação revelou a presença de doença desmielinizante.
Masculino, 29 anos. Antecedentes recentes de mononucleose e infecção por SARS-CoV-2 ligeira. Fumador.
Enviado ao SU após activação da Via Verde AVC por clínica de parestesias no hemicorpo direito e hemiparesia direita de instalação súbita. Três dias antes terá realizado esforço, com omalgia direita subsequente, com boa resposta a analgésicos orais.
Ao exame físico neurológico apresentava uma dismetria do membro superior direito, com disestesia, défice de coordenação no hemicorpo direito e parestesias associadas. Dismetria na prova dedo-nariz. Hiperreflexia membros inferiores.
Tomografia axial computorizada crânio-encefálica sem alterações agudas.
Não foi realizada trombólise.
Laboratorialmente leucocitose e neutrofilia, PCR negativa, sem outras alterações.
A ressonância magnética de crânio e neuro-eixo identificou múltiplas lesões encefálicas e medulares cervicais, compatíveis com lesões inflamatórias desmielinizantes, uma delas (cervical) com sinais de actividade inflamatória. Considerados presentes critérios imagiológicos (McDonald) de disseminação no espaço e no tempo.
Estudo de líquor a destacar presença de bandas oligoclonais.
Estudo oftalmológico com perimetria estática computorizada revelou presença de escotomas, periféricos/arcuados, coalescentes com a mancha cega, sugestivo de processo inflamatório do sistema nervoso central.
Cumpriu terapêutica corticosteróide com melhoria sintomática. Actualmente sob terapêutica biológica com doença em remissão.
Este caso demonstra a necessidade de uma criteriosa selecção dos dentes com alterações agudas neurológicas e a activação de via verde AVC.

P n.º 1176

Derrame pleural por Mycobacterium Avium Complex: Uma Entidade rara

Mariana Campos Lobo(1);Rita Noversa(1);Tiago Pinto(1);Inês Neves(1);Ana Paula Vaz(1);Liliana Carneiro(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças respiratórias

MAC (Mycobacterium Avium Complex) é um agente do grupo das micobactérias não tuberculosas, com patogenicidade associada a doença pulmonar em doentes com patologia estrutural prévia. Contudo, apesar de raros (5-15%), existem casos reportados de atingimento pleural, como o que se apresenta.
Homem 88 anos, ex-fumador há 23 anos (50 UMA), com doença pulmonar crónica (bronquiectasias e enfisema), sem antecedentes de imunossupressão. Em 2017 foi isolado Mycobacterium intracellulare em lavado brônquico e expectoração em estudo de padrão micronodular revelado em TC torácica. Decidido protelar o tratamento tendo em conta a sua idade, potenciais efeitos adversos do tratamento, baixas taxas de cura e, efeito incerto do tratamento na qualidade de vida, dado que se encontrava assintomático. Em 2021 recorre à urgência por quadro de dispneia de agravamento progressivo, associado a toracalgia direita. Da avaliação imagiológica destacou-se volumoso derrame pleural direito. Realizada toracocentese que revelou um líquido pleural exsudativo, com predomínio de mononucleares e ADA normal. Realizada biópsia da pleura que mostrou lesões de pleurite crónica fibrosante. O exame micobacteriológico foi negativo e a citologia foi negativa para células malignas. A repetição da TC torácica revelou de novo consolidação no lobo médio e superior direito e área cavitada no lobo médio. Assumida infeção por Mycobacterium intracellulare como provável etiologia do derrame e iniciada terapêutica com rifampicina, etambutol e azitromicina.
Tal como decorreu neste caso, a evolução temporal da infeção por MAC pode cursar com atingimento pleural. Infelizmente, dado o diagnóstico tardio de infeção e a necessidade de terapêutica prolongada, o prognóstico nestes doentes é mais reservado. Assim, com este caso queremos alertar para a importância destes agentes como causa de derrame pleural unilateral e a necessidade de discussão caso a caso do timing indicado para início do tratamento.

P n.º 1183

Apresentação rara de Linfoma Não-Hodgkin- um caso clínico

Magda Garça(1);Susana Correia(1);Maria Beatriz Santos(1);Ana Sofia Sequeira(1);Paulo Ávila(1)
(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Tema: Doenças hematológicas

Em Portugal a maioria das gamapatias monoclonais de significado indeterminado (GMSI) são identificadas e acompanhadas em consultas de medicina interna e medicina geral tendo sido criado um algoritmo para a diagnóstico e monitorização e referenciação destes doentes.
Homem, 75 anos com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, medicado habitualmente com olmesartan/amlodipina 20/5 mg e ciprofibrato 100mg.
Referenciado à consulta externa de Medicina Interna por pico monoclonal em Gamma (0.28g/dL). Clinicamente assintomático, sem sintomas B e sem adenopatias palpáveis.
Do estudo complementar realizado: analiticamente: hemoglobina 13.6 g/dL; leucócitos 6310 10«e3»/µL, plaquetas 533 000 10«e3»/µL; esfregaço de sangue periférico, função renal sem alterações; sem hipercalcémia. Imunoglobulina M (IgM) 789 (<230) mg/dL, IgG 1119 (<1600) mg/dL, IgA 155 (<400) mg/dL. Cadeias leves Lamda e Kappa dentro dos valores de referência. Beta 2 microalbumina 3.6 mg/L. Não foi detetada proteína Bence Jones urinária e teleradiografia do esqueleto sem lesões suspeitas.
Perante o exposto, decidiu-se avançar para realização de aspirado medular e biópsia óssea. Medulograma: linfócitos com presença relativa aumentada, discreto aumento dos plasmócitos; mastócitos ligeiramente aumentados; padrão morfológico conservado. As alterações observadas são compatíveis com Síndromes Linfoproliferativos Crónicos de Célula B, Linfoma Não Hodgkin (LNH).Biopsia óssea: infiltração da medula óssea por LNH- células B com características de baixo grau, suspeito de linfoma MALT.
Referenciado para consulta de Hemato-Oncologia.
Atendendo ao risco elevado desta patologia evoluir para Mieloma Múltiplo, neste caso foi realizado estudo medular com o diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin.
AS GMSI IgM raramente evoluem para linfoma, dado a importância deste caso, sensibilizando a comunidade médica para esta apresentação menos comum do LNH.
Menos de um terço dos doentes têm linfoma extranodal primário na apresentação. Os sintomas devidos à doença extranodal geralmente estão associados ao LNH agressivo e são raros nos linfomas indolentes.

P n.º 1190

Glomerulonefrite associada a Staphylococcus aureus em doente com artrite séptica

André Resendes Sousa(1);Filipa Moleiro(1);Eduarda Comenda(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Joana Alves Luís(1);João Carvalho(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças renais

A glomerulonefrite associada a Staphylococcus (GNAS) ocorre como complicação de uma infeção estafilicócica com formação de imunocomplexos circulantes que se depositam no glomérulo. Ao contrário da glomerulonefrite pós-streptocócica, a GNAS apresenta-se durante o processo infecioso, e não após a sua resolução, afetando predominantemente adultos.
Apresenta-se um homem de 69 anos, hipertenso, com diabetes mellitus tipo 2 sem lesão de órgão-alvo. Recorreu à urgência, após queda da qual resultou fratura do úmero, tendo alta após imobilização. Quatro dias depois, recorre novamente por febre e agravamento das queixas álgicas.
À observação detetaram-se sinais inflamatórios do ombro e braço esquerdos, sem outras alterações relevantes. Analiticamente destaca-se leucocitose 18x10^9/L com neutrofilia e proteína C reativa de 41 mg/dL. A TC do ombro demonstrou fratura completa, cominutiva do colo cirúrgico do úmero e múltiplas bolhas gasosas a nível subacromial e escapular.
Foi internado assumindo-se artrite séptica e submetido a desbridamento cirúrgico artroscópico. Iniciou antibioterapia empírica com linezolide e meropenem após colheita de hemoculturas e líquido sinovial onde se isolou em ambos Staphylococcus aureus. Evolução paulatina mas favorável com resolução da febre e melhoria dos parâmetros inflamatórios.
No entanto, por volta do 20o dia de internamento verifica-se sintomatologia compatível com síndrome nefrítico e necessidade de hemodiálise. Do estudo etiológico foram excluídas nefropatia médica e uropatia obstrutiva por ecografia renal; as serologias HIV, hepatite B e C, os anticorpos ANA, ANCA, anti-membrana basal do glomérulo renal e o doseamento de imunoglobulinas não revelaram alterações; Detetou-se diminuição da fração C3 do complemento, com C4 normal.
Realizou biópsia renal compatível com glomerulonefrite proliferativa endocapilar, tendo sido assumido GNAS. Manteve tratamento de suporte com hemodiálise, verificando-se melhoria progressiva da função renal, sem outro tratamento dirigido.
É importante ter em conta o diagnóstico de GNAS em doentes com glomerulonefrites rapidamente progressivas, uma vez que a função renal pode melhorar com a resolução da infeção estafilocócica e controlo da hipertensão e edema associados, não estando indicado terapêutica imunossupressora.

P n.º 1194

Paralisia unilateral do VI par craniano – uma manifestação atípica de Linfoma

Bernardo Tourais Canhão(1);João Madaleno(1);André Trigo(1);Sofia Brasil(1);Ana Inês Martins(1);João Lemos(1);Adélia Simão(1);Armando Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças hematológicas

Introdução e objetivos: A paralisia oculomotora mais frequente é a do VI par craniano. As etiologias principais são as vasculares, traumáticas, neoplásicas, inflamatórias e infeciosas, cuja prevalência difere com o grupo etário. A forma de apresentação depende do grau da paralisia e do grau de contratura do músculo antagonista. Clinicamente há nistagmo na abdução, estrabismo convergente ou diplopia binocular horizontal.

Caso clínico: Homem de 45 anos, previamente residente em Cabo Verde, sem antecedentes pessoais conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência por diplopia binocular horizontal com 3 dias de evolução, com mialgias generalizadas com 3 semanas de evolução e lombalgia de ritmo mecânico com 4 semanas de evolução, negando outros sintomas. Ao exame objetivo havia limitação da abdução do olho direito não corrigida com impulso cefálico para a direita, noção de diplopia na dextroversão, mas com campos visuais preservados e sem nistagmo. Estava apirético, mas com sudorese profusa, sem outros achados. Analiticamente, tinha elevação da LDH (1516 U/L), PCR (21,28 mg/dL) e VS (55 mm/h), sem outras alterações. Serologias de CMV, VHS, EBV, sífilis, VIH, VHB, VHC negativas. Foi realizada punção lombar, com líquido cefalorraquidiano igualmente sem alterações. A TC-CE não mostrou lesões , mas a RM-CE revelou lesão expansiva no cavum de Meckel direito que condicionava obliteração do seio cavernoso e comprometia o trajeto dos nervos oculomotores, com aspeto sugestivo de linfoma. Fez TC-TAP que mostrou conglomerado adenopático pélvico, igualmente sugestivo de linfoma, cuja biópsia permitiu o diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B (LDCGB). Iniciou tratamento com R-CHOP e doses altas de metotrexato.

Discussão: O LDCGB é o tipo mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH) e é responsável por 30% de todos os casos de LNH. O envolvimento de pares cranianos é raro, apenas visto em 5% dos casos, e resulta da propagação leptomeníngea de células neoplásicas. As neuropatias podem ocorrer em qualquer fase da doença, como sintoma inicial ou mais tardiamente, devendo esta hipótese ser considerada no diagnóstico diferencial de paresia do VI par.

P n.º 1195

Hiperleucocitose como síndrome paraneoplásico

Catarina Tavares Valente(1);Bárbara Saraiva(1);Luís Afonso Santos(1);Rúben Rêgo Salgueiro(1);João Barradas(1);Marcos Oliveira(1);Sónia Coelho(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O cancro do pulmão cursa frequentemente com leucocitose, sendo menos comum a associação com hiperleucocitose, mais documentada no carcinoma de não pequenas células.
Caso clínico: Homem, 89 anos, autónomo, recorreu ao Serviço de Urgência por hiperleucocitose. Referia tosse produtiva com expetoração mucosa e sudorese noturna desde há 2 meses, associadas a astenia, anorexia e perda ponderal (5 kg) há 4 meses. Exame físico: apirético, murmúrio vesicular diminuído no terço superior do pulmão direito. Analiticamente: leucócitos 57.580/µL, neutrófilos 30.520/µL, eosinófilos 17.270/µL, PCR 6.31 mg/dL, elevação da fosfatase alcalina e gamaGT. Radiografia do tórax: hipotransparência da metade superior do hemitórax direito. Tomografia computorizada toraco-abdominal: massa no lobo superior direito (12x14cm), com invasão endobrônquica; volumosas adenomegálias mediastínicas; lesões pulmonares bilaterais; derrame pleural direito; linfangite carcinomatosa; nódulo hepático suspeito de lesão secundária. Internado para estudo de provável neoplasia do pulmão e hiperleucocitose. Broncofibroscopia: biopsada lesão polipoide na emergência do brônquio principal esquerdo e no brônquio lobar superior direito. Pelas alterações leucocitárias realizou estudo medular e iniciou empiricamente citorredução (hidroxiureia) e alopurinol. Resultados sugestivos de processo medular reativo, sem clonalidade evidente. Assim, hipótese de neoplasia mieloproliferativa muito remota, assumindo-se provável hiperleucocitose secundária a patologia tumoral. Por síndrome de lise tumoral, agravou clinicamente, tendo falecido previamente ao resultado das Biópsias brônquicas, que revelaram carcinoma de não pequenas células.
Discussão: A hiperleucocitose pode ser a manifestação inicial de um tumor sólido (nomeadamente pulmonar), devendo excluir-se previamente infeção ativa e neoplasia hematológica primária. Como síndrome paraneoplásica está associada a mau prognostico, a exemplos do caso descrito.

P n.º 1196

Diarreia crónica – um diagnóstico frequentemente esquecido

Rita Bragança(1);Mariana m. Esteves(1);Margarida m. Montes(1);Paulo Carrola(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A macroglobulinémia de Waldenström (MW), ou linfoma linfoplasmocítico, é um tipo de linfoma não Hodgkin de crescimento lento, com incidência anual de 3 casos por 1 milhão. A sua apresentação é variada, tendo em conta a sua afeção multissistémica e curso crónico. O envolvimento gastrointestinal é pouco frequente, documentado em menos de 5%.
Caso clínico:
Sexo masculino, 77 anos, autónomo e com FNS preservadas, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia sem lesões de órgão alvo documentadas. Internado no serviço de Medicina Interna para estudo de diarreia crónica, sem muco ou sangue, sem síndrome febril associado e sem contexto epidemiológico de relevo (aqui falta a duração da diarreia). Foram excluídas as principais causas de diarreia crónica, nomeadamente causas infeciosas (bacteriana, parasitológica e vírica) e não-infeciosas (tireotoxicose, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e neoplasia do cólon). No decurso do estudo complementar, salienta-se anemia macrocítica (MCV:109fL), sem défices vitamínicos associados e um pico monoclonal IgM (2915g/dL N<236), cuja imunosubtração era compatível com gamapatia monoclonal do tipo IgM/Kappa. O estudo medular com biópsia óssea, revelou envolvimento medular por LHN linfoplasmocítico, com mutação MYD88 positiva.
O doente foi, posteriormente, encaminhado para a consulta de Hematologia onde mantem seguimento.
Discussão:
Tal como mencionado, o envolvimento gastrointestinal, apesar de raro, está descrito na MW. Os depósitos de amiloide e acúmulo de IgM na lâmina própria da parede intestinal têm sido descritos como mecanismos fisiopatológicos subjacentes. Este caso toma particular destaque, tendo em conta que a diarreia crónica era única manifestação sistémica da doença. Em conclusão, a natureza indolente da MW dificulta o diagnóstico. Dado seu envolvimento sistémico, a MW deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com diarreia crónica.

P n.º 1197

Dor cervical – que hipóteses no diagnóstico diferencial?

Rita Bragança(1);Mariana m. Esteves(1);Margarida m. Montes(1);Paulo Carrola(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A dissecção aórtica aguda é a síndrome aórtica aguda mais frequente, ocorrendo predominantemente no sexo masculino e em idosos, estando associada a uma elevada mortalidade. Existem vários fatores de risco associados, destacando-se a hipertensão arterial. O diagnóstico é feito com base na clínica, exames laboratoriais e imagiológicos. A terapêutica habitual baseia-se na abordagem cirúrgica, existindo em alguns casos a alternativa do tratamento endovascular. Apresentamos um caso clínico de apresentação atípica.

Caso clínico
Sexo masculino, 73 anos, raça caucasiana, autónomo e com FNS preservadas, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial, diabetes mellitus e sem lesões de órgão alvo documentadas. Recorre ao Serviço de Urgência por dor cervical constante, sem factores de alívio ou agravamento, 6/10, sem irradiação, com seis horas de evolução. Oito horas antes apresentou dor retroesternal, opressiva, com duração inferior a <20 min, sem irradiação e que resolveu espontaneamente. Sem antecedentes de angina. Ao exame objetivo, apresentava diferencial tensional nos membros superiores de 30mmHg. O restante exame objetivo e exame neurológico sumário não apresentava alterações. Do estudo complementar realizado destaco d-dímeros positivos (3.34ng/dL; N<0.5) e troponina T negativa. O eletrocardiograma não mostrou alterações significativas. Realizou Angio Tomografia Computorizada toracoabdominal urgente que documentou disseção aneurismática da aorta, estendendo-se desde a emergência da carótida comum esquerda até ao início da aorta ascendente.
O doente foi posteriormente transferido para o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, tendo sido submetido a cirurgia emergente de substituição da aorta ascendente, com implantação de prótese vascular tubular.

Discussão
A doença cardiovascular é a principal causa de morte em todo o mundo. As síndromes aórticas agudas, como a dissecção da aorta, são situações emergentes, que imperam suspeição clínica célere. Pela apresentação atípica deste caso, cuja clínica se cingia, maioritariamente, a cervicalgia, salientamos este caso de forma a reiterar a importância da inspeção e suspeição clínica, chave para o diagnóstico rápido nestas situações.

P n.º 1198

Doença de Paget do Osso- uma entidade a não esquecer

Rita Bragança(1);Mariana m. Esteves(1);Margarida m. Montes(1);Paulo Carrola(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
A Doença de Paget do Osso (DPO), também conhecida por osteíte deformante, é uma doença crónica em que ocorre remodelação óssea, na qual existe um aumento da reabsorção óssea seguida de aumento da formação óssea, de forma desordenada. Trata-se de uma doença comum, com uma incidência de 11% acima dos 80 anos, contudo assintomática na maioria dos casos à data do diagnóstico. Quando sintomática, as manifestações emergem de causa primária, decorrentes da neoformação, ou secundária, associadas a complicações, como fraturas patológicas, osteoartrite.
Caso clínico:
Sexo masculino, 70 anos, autónomo e com FNS preservadas, com antecedentes pessoais de dislipidemia mista e obesidade grau I. Referenciado à consulta externa de Hepatologia por alterações da provas de biologia hepática, com história pregressa de coxalgia bilateral, mais expressiva à esquerda, de ritmo mecânico. Ao exame objetivo, sem alterações de relevo, à exceção de abdómen globoso, sem organomegálias palpáveis e sem estigmas sugestivos de hipertensão portal. Do estudo complementar, destaca-se, analiticamente, aumento das enzimas colestáticas - G-GT(53U/L N<49) e FA (251U/L N<130U/L), sem hiperbirrilubinemia.
No decurso da investigação, foram excluídas causas víricas e auto-imunes de doença hepática crónica, tendo realizado, inclusive, fibroscan a revelar aumento do CAP (305db N<200).
Realizou TC abdomino-pélvico contrastada que, embora não dirigido, detetou “alteração difusa da trabeculação do osso íliaco e asa do sacro à esquerda, com ligeira expansão óssea”.
Assim, os achados clínicos de coxalgia crónica, laboratoriais (aumento da FA) e imagiológicos, encerraram o diagnóstico de DOP. Iniciou tratamento com bifosfonado, observando-se normalização da fosfatase alcalina e melhoria das queixas álgicas.
Conclusão:
A DPO constituiu um importante diagnóstico diferencial de alterações das EBH. Embora não exista cura, os tratamentos disponíveis, nomeadamente os bifosfonados, são importantes na melhoria da sintomatologia.
Este caso, pelos confundidores, nomeadamente o síndrome metabólico e possibilidade de doença osteoarticular degenerativa decorrente do excesso de peso, ilustram a importância de nos relembrarmos desta entidade facilmente esquecida.

P n.º 1203

Angioedema causado por IECA – um efeito adverso raro mas cada vez mais frequente

Beatriz Riquito(1);Elisabete Cerqueira(1);Mariana Nunes(1);Pedro sá Almeida(1);Marta Lisboa(1);Victor Paz(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Outro

O angioedema da face e via aérea superior é um efeito adverso raro da toma de fármacos inibidores do eixo renina-angiotensina-aldosterona, nomeadamente os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), mas potencialmente grave. A sua forma de apresentação varia desde edema benigno que afeta a região da face e lábios até formas mais graves com envolvimento da via aérea superior e que representam verdadeiras emergências.
Mulher, 76 anos, raça negra, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial e gastrite crónica, que recorreu ao serviço de urgência por edema significativo dos lábios e da face com 2 dias de evolução. Negava tosse, dispneia ou pieira. Ausência de prurido ou rash cutâneo. Após aprofundar a história clínica, a teria iniciado um novo anti-hipertensor 3 semanas antes – um IECA. Para lá de um inibidor da bomba de protões, a doente não estava medicada com mais nenhum fármaco. Ao exame objetivo era evidente o edema do lábio superior e face circundante de dimensões significativas, sem lesões ou rash (Imagem 1). Analiticamente sem alterações de relevo. Assim, sendo a hipótese mais provável tratar-se de um angioedema iatrogénico à toma do IECA, e após algumas horas de vigilância no SU, a doente teve alta com substituição do anti-hipertensor e medicação para auxiliar na redução do edema.
Discussão: Os fármacos inibidores do eixo renina-angiotensina-aldosterona são fármacos amplamente usados no tratamento de doenças cardiovasculares, nomeadamente a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca. Com o seu uso crescente, o número de episódios de angioedema tem vindo a aumentar, com uma incidência estimada em cerca de 0,2%-0,7%. Este efeito adverso é cerca de cinco vezes mais frequente em indivíduos afro-descentes, e acontece mais em mulheres, idosos e fumadores. O diagnóstico é essencialmente clínico. Apesar de apresentar um caso relativamente benigno, pode haver complicações graves quando há envolvimento da via aérea. Habitualmente o angioedema ocorre nos primeiros três meses após o início da terapêutica, mas pode desenvolver-se até vários anos e persistir alguns meses mesmo após a sua suspensão.
Este caso serve para alertar da existência deste diagnóstico que, pelo uso crescente deste tipo de fármacos, torna-se uma queixa cada vez mais frequente no serviço de urgência.

P n.º 1204

Nefrite de shunt: um caso raro do passado.

Tiago Monteiro Brás(1);Miguel Braga(1);Pedro Costa Leite(1);Marli Ferreira(1);Luisa Serpa Pinto(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças renais

Introdução

As derivações ventriculoperitoneais (DVP) para correção de hidrocefalia são procedimentos seguros e com baixo risco de complicações. Antes da sua introdução, as derivações ventrículovasculares (DVV) eram mais comuns e mais suscetíveis ao desenvolvimento de infeções crónicas, que podiam culminar no desenvolvimento de nefropatias imuno-mediadas.

Reportamos a apresentação extrema de uma nefrite de shunt com síndrome nefrótico.

Caso Clínico

Mulher de 32 anos, com paralisia cerebral com displegia espástica bilateral por hidrocefalia perinatal após hemorragia cerebral perinatal (parto distócico). Submetida a DVP que complicou aos 8 meses de idade, com necessidade de derivação ventrículo-auricular (DVA). Última revisão da DVA aos 11 anos de idade. Sem registo de febres recorrentes ou sintomas constitucionais nos anos subsequentes.

Internada com quadro de 4 anos de evolução, com edemas bilaterais até à raiz da coxa, associados a hipertensão, hiperlipidemia, hipoalbuminemia e proteinúria na faixa nefrótica, com leuco-eritrocitúria. Realizou biópsia renal percutânea com resultado compatível com glomerulonefrite membranoproliferativa por imunocomplexos. Excluídos outros focos infeciosos. Estudo imunológico com hipergamaglobulinemia e aumento do anticorpo antiproteinase 3 [PR3], compatível com o quadro de nefrite de shunt. É removida a DVA e colocada nova DVP, complicada por bridas cirúrgicas. Opta-se então pela colocação de derivação pleural. Posteriormente, melhoria clínica progressiva, mantendo ainda proteinúria sub-nefrótica.

Discussão

As nefrites de shunt são casos cada vez mais raros, desde o aparecimento das DVP. O aparecimento de glomerulonefrite progressiva em doentes com história de DVV deve ser considerado. No caso apresentado, o contexto e limitação funcional da doente dificultaram a identificação do caso e o agravar dos sintomas até à faixa nefrótica. O objetivo primordial foi interromper a progressão da doença e melhoria sintomática.

P n.º 1205
AMEBÍASE INVASIVA – UM CASO RARO
Francisco Barreto(1);Sofia Nóbrega(2);Rui Fernandes(2);Carolina Carvalhinha(2);Carolina Henriques(2);Rafael Freitas(1)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O abcesso hepático amebiano é uma entidade nosológica rara, que necessita de um índice de suspeição elevada de forma a não protelar o seu diagnóstico e consequente tratamento. É a manifestação extraintestinal mais comum da amebíase invasiva.
Homem 29 anos, raça negra, natural de Moçambique, residente em Portugal há 3 anos, construtor civil, com antecedentes de ulcera tibiotársica esquerda com 10 anos de evolução e hepatite C. Recorre à urgência por quadro com 3 dias de dor nos hipocôndrios, febre e astenia generalizada. Exame objetivo com abdómen doloroso à palpação no hipocôndrio direito sem defesa, com murphy vesicular negativo e tumefação na região distal tibial esquerda com dor e flutuação à palpação. Analiticamente com leucocitose de 11900/uL e neutrofilia de 8100/uL e proteína C reativa de 321 mg/L. A ecografia abdominal mostrou “uma volumosa lesão de morfologia arredondada no lobo direito hepático, com parede, de estrutura heterogénea e sem evidente vascularização, a sugerir abcesso.”. Iniciou ciclo de meropenem empírico. Realizou ressonância (RMN) abdominal que confirmou o abcesso hepático nos segmentos VI/VII e RMN da lesão tibiotársica esquerda com osteomielite aguda com fistulização cutânea. Do restante estudo: serologias HIV, Hepatite B, VDRL, exame parasitológico das fezes com antigénio da Entamoeba Hystolitica negativoS. Hemoculturas com crescimento de Enterococcus faecium e serologias de Entamoeba Hytolitica positiva. Ecocardiograma transtorácico excluíu endocardite bacteriana. Realizou drenagem cirúrgica do abcesso hepático com exame cultural do pús negativo e alterou para piperacilina/tazobactam e metronidazol, com melhoria clínica e diminuição franca das dimensões do abcesso.
O abcesso hepático amebiano, apesar de incomum, é um diagnóstico diferencial importante a ter em consideração e em doentes com sintomatologia gastrointestinal e febre, integrados em contexto epidemiológico adequado, de forma a minimizar a morbimortalidade da doença.

P n.º 1208

FAVISMO – UMA CAUSA DE ANEMIA HEMOLÍTICA NO ADULTO

Francisco Barreto(1);Sofia Nóbrega(2);Carolina Carvalhinha(2);Rui Fernandes(2);Carolina Henriques(2);Rafael Freitas(2)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇAO
A deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é o defeito enzimático genético ligado ao cromossoma X, que se manifesta com hemólise intravascular após exposição a determinados triggers, como infeções, determinados fármacos e alimentos. É usualmente um quadro episódico e autolimitado, cujo tratamento recai sobre medidas de suporte (hidratação e transfusão sanguínea, se necessário) e suspensão/evicção dos agentes desencadeantes da hemólise.

CASO CLÍNICO
Mulher 78 anos, antecedentes de nefrectomia direita por neoplasia do rim metastizada, hipertensão arterial e anemia em estudo. Recorreu à urgência por dor epigástrica, anorexia, palidez mucocutânea e colúria com 1 dia de evolução. Referiu ingestão de sopa com favas no dia anterior. Ao exame objetivo salientava-se somente a descoloração da pele e mucosas. Analiticamente com hemoglobina 7.3 g/dL, VCM 102.3 fL, reticulócitos 7.2 %, desidrogenase láctica 302 U/L, hiperbilirrubinémia de 1.64 mg/dL com bilirrubina indireta de 1.4 mg/dL, Haptoglobina <7.8, Teste de Coombs direto/indireto negativos, proteína C reativa 6.98 mg/dL. O estudo morfológico de sangue periférico com macrocitose discreta. Ficou internada com necessidade de suporte transfusional. Do estudo, foram excluídas etiologias farmacológicas ou infeciosas. Fez tomografia computorizada toracoabdominopélvica com aumento das dimensões de lesões metastáticas pulmonares já conhecidas, nódulo suprarrenal esquerdo e uma lesão quística anexial esquerda. Sem doseamento de G6PD por hemólise recente e transfusão recebida. Após alta, teve seguimento em consulta de Medicina Interna, onde se constatou diminuição dos níveis de G6PD (3.2 UI/g Hb). Orientada para evicção de determinados alimentos, como as favas, e algumas classes de fármacos.
CONCLUSÃO
Os autores pretendem alertar para deficiência da G6PD latente ou assintomática como causa de anemia hemolítica em idades mais avançadas que, perante determinados fatores desencadeantes, pode manifestar-se clinicamente mesmo em doentes sem diagnóstico prévio.

P n.º 1209
Nem tudo é AVC: um caso de encefalite vírica
Ana Filipa Martins(1);Rita Matos Sousa(1);Mónica Dias(1);Joana Morais(1);Maria João Regadas(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A encefalite vírica é uma infeção do sistema nervoso central. Dada a morbimortalidade associada a alguns dos seus patógenos, urge a necessidade de um diagnóstico atempado. O desafio diagnóstico tem por base a variedade de apresentações clínicas possíveis, sendo fulcral a análise do líquido cefalorraquidiano e a identificação do agente etiológico por RT-PCR. Aqui destaca-se o vírus herpes simplex tipo 1, mas são outros menos frequentes o vírus varicella zoster (VZV), vírus Epstein Barr e VIH.
Caso clínico: Homem de 82 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com múltiplos fatores de risco cardiovascular e episódio prévio de AIT. Apresentou-se no serviço de urgência (SU) com quadro confusional agudo associado a afasia anômica e disartria ligeira. Foi avaliado por neurologia, tendo realizado Angio-TC de crânio que não apresentou sinais de isquemia aguda. Foi dada alta clínica na manhã seguinte após realização de terapêutica antiagregante. Regressa ao SU no mesmo dia por manutenção da sintomatologia, acabando por realizar novo TC-CE, que se mantinha sobreponível. Dada a persistência dos défices neurológicos, foi assumido provável AVC isquémico sem tradução imagiológica e internado aos cuidados da Medicina Interna. À admissão no internamento, objetivadas lesões herpéticas no membro superior esquerdo, associado a pico febril único. Tendo em conta os achados, foi colocada a hipótese de encefalite herpética. Foi realizada PL cujos resultados eram compatíveis com infeção vírica e a pesquisa por RT-PCR foi positiva para VZV. Posteriormente à instituição de terapêutica dirigida, foi observada recuperação total dos défices neurológicos.
Discussão: A apresentação deste caso tem como objetivo alertar para a necessidade de exclusão de outros diagnósticos diferenciais em doentes com AVC sem tradução imagiológica. Fazendo esse exercício foi possível o diagnóstico de uma doença pouco frequente e potencialmente mortal.

P n.º 1212

HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE E DIABETES MELLITUS

Francisco Barreto(1);Sofia Nóbrega(2);Rui Fernandes(2);Carolina Carvalhinha(2);Carolina Henriques(2);Rafael Freitas(2)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A hipertrigliceridemia é um distúrbio analítico muito comum, com prevalência crescente nas ultimas décadas junto com a obesidade. A hipertrigliceridemia grave define-se com valores de triglicéridos acima de 2000 mg/dL, sendo que na maioria dos casos ocorre em doentes com predisposição genética associado a estilos de vida não saudáveis e a triggers que levam à saturação da lipoproteína lípase, responsável pela lipólise da maioria dos triglicéridos (TGL) circulantes. Os triggers podem ser abuso de álcool, terapêutica estrogénica, diabetes mellitus, entre outros.
Homem 48 anos, antecedentes de obesidade, dislipidemia mista e hábitos etílicos moderados, incumpridor de terapêutica e sedentário. Recorre à urgência por quadro com 1 dia de pirose e vómitos alimentares. Referia ainda quadro de polidipsia, poliúria, polifagia e perda ponderal de 20 kg num mês. Ao exame objetivo destacava-se taquicardia de 138 bpm, polipneia de 25 cpm, mucosas desidratadas, sem alterações à auscultação cardiopulmonar e abdómen sem sinais de irritação peritoneal. Gasimetria com acidemia metabólica com pH 7.092, pCO2 12.3, HCO3 9.3, glicemia de 663 mg/dL, lactato 3.7, gap aniónico 33.4. Cetonémia de 4.4. Electrocardiograma sem alterações. Análises com hipertrigliceridemia grave de 4425, lípase 28 U/L. Realizou tomografia computorizada abdominal que evidenciou “densificação da gordura anteriormente ao corpo do pâncreas sem constituir coleção, sugestivo de pancreatite aguda”. Ficou monitorizado na sala de observação da urgência pela cetoacidose diabética e hipertrigliceridemia grave com pancreatite aguda associada. Iniciou protocolo de insulina em perfusão e fluidoterapia intensiva com optimização do perfil glicémico e correção da acidemia metabólica. Cumpriu ciclos de plasmaferese com diminuição dos TGL. Apresentou boa evolução clínica e analítica, com seguimento posterior na endocrinologia.
Os autores apresentam um caso de hipertrigliceridémia grave provavelmente integrada numa associação de perfil genético desfavorável, hábitos alimentares e comportamentais deletérios e uma diabetes mellitus inaugural. Salientam ainda a importância de despistar pancreatite aguda em doentes com níveis de TGL muito elevados.

P n.º 1213

Acyclovir Nephrotoxicity: a Reminder of How Important Prevention Is

ANA FILIPA TRIGO(1);Ana Rita Ramos(1);Rita Valério Alves(1);Paulo Santos(1);Ana Vila Lobos(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Tema: Doenças renais

Introdution: Acyclovir is an antiviral frequently used in the treatment of Herpes Simplex and Varicella Zosterinfections. For severe infections, it is usually administrated intravenously but this way of administration makes it more probable that an acute kidney lesion occurs due to its intratubular precipitation, which forms crystals and, therefore, leads to tubular obstruction and direct tubular toxicity.
Case report: In this clinical case we present a 23 years-old male, previously healthy, who was admitted in the internal medicine ward with the diagnosis of a viral meningitis to Herpes Zoster. He was under treatment with intravenous acyclovir (15mg/Kg, every 8 hours) and, for headache control, Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs). To exclude neurological complications and to allow to perform a lumbar puncture, he was also submitted to a computed tomography with the administration of an intravenous contrast agent.
After 4 days in the ward, he was diagnosed with a grade 3 (KDIGO) acute kidney lesion. The urinalysis with polarized light revealed birefringent crystals. He immediately began aggressive intravenous fluid therapy and acyclovir dose and infusion rate adjustment. After one weak, his kidney function returned to normal values.
Conclusion: This case reminds us of what are the risk factors to the development of acyclovir induced nephropathy, as well as how important it is to quickly identify it and to prevent it.

P n.º 1216
Uma pancitopenia e uma etiologia esperada
Margarida Paixão-Ferreira(1);Vera Cesário(1);José Vaz(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O sunitinib é um inibidor da tirosina cinase com múltiplos alvos, implicados no crescimento tumoral, na angiogénese e na progressão. De entre os efeitos adversos mais reportados destacam-se diarreia, fadiga e náusea, bem como hepatotoxicidade e toxicidade hematológica.
Caso Clínico: Homem de 80 anos, com diagnóstico de neoplasia renal com metastização óssea e ganglionar (diagnóstico em 2020, submetido a nefrectomia parcial), que iniciou terapêutica com sunitinib e denosumab a 1/03/2021. Recorre ao SU a 17/03/2021 por história de diarreia com cerca de 15 dias de evolução, associada a sensação febril não termometrada. Do estudo analítico destacava-se: anemia macrocítica (Hgb 10,3g/dL; VGM 77,2fL), ligeira leucopenia (3300/uL) e trombocitopenia (56000/uL) – com valores recentes, prévios ao início do tratamento, de Hgb 10,7g/dL, leucócitos 5800/uL e plaquetas 212000/uL; agravamento da função renal (creatinina 2,05mg/dL), CK 1817U/L e PCR 6,6mg/dL. Optou-se então pelo internamento para esclarecimento do quadro, com suspensão do sunitinib. Durante o internamento, verificou-se o agravamento da pancitopenia com os seguintes valores nadir: Hgb 8g/dL, leucócitos 1320/uL e plaquetas 40000/uL. Realizado mielograma (amostra acentuadamente hipocelular com aumento marcado de células do sistema reticuloendotelial – sugestiva de aplasia medular) e biópsia óssea (hipoplasia/aplasia medular). Caso discutido com Oncologia, com indicação para manter suspensão de sunitinib e para reavaliação analítica após um mês (a quel revelou: Hgb 8,5g/dL, leucócitos 3180/uL e plaquetas 236000/uL, normalização da função renal - creatinina 1,08mg/dL - e de CK (70U/L)), dados que corroboram a hipótese de iatrogenia inicialmente colocada. O regime terapêutico do doente foi posteriormente alterado para pazopanib.
Discussão: Este caso retrata a ocorrência de múltiplos efeitos adversos reportados como relacionados com a utilização de sunitinib, nomeadamente leucopenia, trombocitopenia, elevação de CK e diarreia. O sunitinib tem maior proporção de toxicidade hematológica, quando comparado a um fármaco da mesma classe e igual eficácia como o pazopanib. A dúvida diagnóstica entre invasão medular neoplásica e iatrogenia por fármaco com toxicidade hematológica tornou este caso mais desafiante.

P n.º 1234

O impacto do estímulo imunogénico vacinal a SARS-COV-2 no desenvolvimento de um linfoma

Margarida Quinto Pereira(1);Catarina Lizardo Cruz(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

O efeito das vacinas mRNA contra a SARS-COV-2 envolve a estimulação imunogénica com incitamento das células B dos centros germinativos, que pode levar a adenopatias reativas próximo do local de injeção, mas desconhece-se o seu impacto no aparecimento de sintomatologia em indivíduos com doenças linfoproliferativas latentes. Trata-se de um caso de um homem de 51 anos, com hipertensão arterial e dislipidémia, com aparecimento de adenopatias axilares direitas indolores, inicialmente não valorizadas pelo doente,após a vacinação com a vacina Covid-19 Moderna no braço esquerdo. Após cinco meses, o doente recorreu ao serviço de urgência por aumento destas adenopatias, com dor intensa e incapacidade funcional associada. Negava outros sintomas nomeadamente perda ponderal, sudorese noturna ou febre. Ao exame objetivo, observava-se gânglio axilar direito, com 5x5 cm, fibroelástico, móvel,associado a edema e dorà palpação do escavado axilar e do músculo peitoral maior. Analiticamente, sem alterações de relevo. Realizou TC que evidenciou conglomerado adenopático axilar direito medindo cerca de 121 x 120 x 97mm de maiores eixos com múltiplas outras formações adenopáticas adjacentes e ecodoppler venoso que revelou trombose venosa da veia braquial e axilares ipsilaterais. O doente iniciou anticoagulação e foi internado para estudo. Foi feita biópsia guiada por TC do conglomerado adenopático que revelou linfoma não Hodgkin de grandes células B do centro germinativo. Foi realizada PET que revelou massa linfomatosa activa no escavado axilar direito, possíveis pequenos gânglios reativos naaxilar esquerda e restante avaliação a excluir existência de doença ativa a outros níveis. O doente iniciou corticoterapia com franca melhoria e teve alta com marcação de consulta no hospital de Dia de Hematologia. Os autores realçam o provável efeito imunogénico davacina como fator desencadeador da sintomatologia que levou ao diagnóstico de um linfoma,ainda localizado, e destacam a importância deste diagnóstico diferencial nas situações de adenopatias após vacinas.

P n.º 1236

Eritrodermia Psoriática associada a infeção por SARS-CoV-2

Joana Martinez(1);Gisela Gonçalves(1);Lorrane Viana(1);Sérgio Monteiro(1);Jéssica Krowicki(1);Mariana Leal(1);António Maio(1);Tatiana Rodrigues(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A pandemia por COVID-19 trouxe desafios adicionais na gestão de doenças crónicas. A exacerbação de patologias dermatológicas no contexto da infeção por SARS-CoV-2 tem sido descrita na literatura, nomeadamente casos de eritrodermia psoriática (EP), parecendo existir relação causal.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 73 anos com antecedentes de psoríase vulgaris sob controlo com corticoterapia em baixas doses. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 2 dias de evolução de febre, odinofagia e lesões corporais extensas associadas a prurido. Ao exame objetivo apresentava lesões eritemato-descamativas em toda a região cervical, torácica, abdominal e nos membros. Analiticamente com ligeira neutrofilia e aumento da proteína C-reativa, com teste PCR para SARS-CoV-2 positivo. Considerou-se quadro de EP despoletada por infeção ligeira por SARS-CoV-2. Instituiu-se corticoterapia em altas doses com progressão favorável do quadro. Teve alta ao 9º dia de sintomas, com esquema de corticoterapia em desmame com posterior resolução do quadro dermatológico aquando da reavaliação em ambulatório.

Discussão: A EP é uma variante rara, mas severa da psoríase vulgaris, que acarreta uma morbilidade significativa que não deve ser descurada. Vários casos de exacerbação de psoríase associados à COVID-19 têm sido descritos na literatura, muitos deles apresentando-se como EP. Embora a patogénese de base não seja totalmente compreendida, o estado hiperinflamatório provocado pelo SARS-CoV2 parece ter um papel preponderante nesta exacerbação. Assim, a possibilidade de ocorrência desta patologia em doentes suscetíveis, que contraem infeção por SARS-CoV2, deve ser considerada de forma a gerir atempadamente estes doentes e minimizar possíveis complicações.

P n.º 1238

Herpes Zoster e SARS-CoV2 – relação ou coincidência?

Joana Martinez(1);Gisela Gonçalves(1);Lorrane Viana(1);Sérgio Monteiro(1);Tiago Valente(1);Mariana Leal(1);António Maio(1);Tatiana Rodrigues(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O reconhecimento da infeção pelo vírus SARS-CoV-2 e da sua relação com outras patologias tem sido um desafio na comunidade científica. As manifestações cutâneas associadas à infeção por SARS-CoV-2 são heterogéneas e ainda pouco caracterizadas na literatura, sendo descrito um aumento da incidência do Herpes Zoster (HZ) nestes doentes.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 54 anos, com antecedentes de carcinoma mamário invasivo sob vigilância clínica, que recorre ao serviço de urgência ao 8º dia após diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2, por aparecimento de lesões papulovesiculares na região do dermátomo C1 - V3. Quadro com 5 dias de evolução, com dor, prurido e edema periorbitário associados. Ao exame objetivo, apresentava múltiplas adenopatias dolorosas cervicais e retroauriculares e ausência de alterações oculares ou do canal auditivo externo. Estudo analítico sem alterações relevantes. Considerou-se o diagnóstico de HZ, sendo medicada com Valaciclovir. Após 1 mês, apresentava melhoria clínica, mantendo algumas lesões cicatriciais em resolução e dor, de características neuropáticas, na distribuição do ramo oftálmico, com resposta favorável após introdução de gabapentina.

Discussão: O HZ resulta da reativação do vírus Varicela Zoster, tendo como principais fatores de risco reconhecidos a idade, o género feminino, a disfunção imunológica, entre outros. A incidência do HZ em doentes com SARS-CoV-2 tem sido relatada na literatura, tornando evidente uma potencial relação causal entre as duas entidades. A febre, a desregulação imunológica e o stress psicológico decorrente da COVID-19 parecem potenciar essa relação. Torna-se essencial o diagnóstico atempado de HZ, com vista a evitar as principais complicações da doença.

P n.º 1241

Coma mixedematoso, uma entidade por vezes esquecida

Dora Gomes(1);Sofia Camões(1);Joaquim Milheiro(1);Adelino Carragoso(1);Catarina Oliveira(1);Miguel Sequeira(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O coma mixedematoso é uma entidade rara e com elevada morbimortalidade. O diagnóstico nem sempre e´ fácil, uma vez que não existem critérios de diagnóstico definitivos e a sua apresentação clínica é variável, nem sempre estando presentes os sintomas claros de hipotiroidismo.
Caso Clínico: Mulher, 59 anos, admitida no serviço de urgência por sudorese profusa e sensação de lipotimia. Antecedentes pessoais de depressão, medicada habitualmente com quetiapina, sertralina e lorazepam.
À admissão encontrava-se consciente e orientada, mas lentificada, normotensa e normocárdica, temperatura periférica 35,9ºC. Sem outras alterações ao exame objetivo. Gasometria arterial mostrou acidose respiratória sendo iniciada ventilação não invasiva. Avaliação analítica e Radiografia de tórax sem alterações de relevo. Agravamento da acidose respiratória, apresentando boa resposta inicial a flumazenil: despertou, alternando entre períodos de agitação psicomotora com períodos de sonolência, melhorou do ponto de vista respiratório. Por apresentar habitus sugestivo de hipotiroidismo, presumiu-se coma mixedematoso e iniciou dose elevada de levotiroxina. Evolução clínica favorável com excelente resposta à terapêutica, com total reversão das manifestações iniciais. Foi confirmado posteriormente o hipotiroidismo em análises colhidas à data da admissão da doente: TSH = 71.899 mUI/L.
Discussão: O coma mixedematoso representa uma emergência médica na prática clínica, pelo que deverá diferencial ser reconhecido precocemente, de forma a ser assegurado o tratamento adequado e contrariar a alta morbimortalidade.

P n.º 1244

Tuberculose abdominal disseminada - a propósito de um caso clínico

Nuno Maia Neves(1);Rita Sérvio(2);Salomão Fernandes(2);Raquel Tavares(2);Ana Rita Silva(2);Inês Leitão(2);Paulo Rodrigues(2)
(1) Hospital da Luz Lisboa (2) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose pode afetar, praticamente, qualquer órgão, com consequências graves se não tratada. A tuberculose abdominal inclui o envolvimento do trato gastrintestinal, peritoneu, gânglios linfáticos e órgãos sólidos. É rara, compreendendo cerca de 5% de todos os casos de tuberculose.
Caso clínico: Homem de 35 anos, com dor abdominal intermitente com dois anos de evolução, sem perda ponderal, febre ou sudorese noturna. Não apresentava alterações de relevo no exame físico, tendo realizado em ambulatório: 1) Tomografia Computorizada (TC) abdominal que revelou múltiplas formações nodulares peritoneais e da parede abdominal, bem como nódulo suspeito de 3 cm entre o estômago e o baço e lesão de aspeto subepitelial gástrica; 2) eco-endoscopia com biópsia das duas últimas lesões cujo estudo imunohistoquímico mostrou processo granulomatoso, com células gigantes multinucleadas, sem necrose, displasia ou neoplasia, ADN de Mycobacterium tuberculosis não detetável e exame direto e cultural de micobactérias negativos; 3) broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar com os mesmos estudos micobacteriológicos negativos e citologia sem células neoplásicas. Após quatro meses, houve crescimento notório das lesões abdominais, com massa palpável no flanco esquerdo, sendo evidentes sinais inflamatórios e nível líquido no seu interior em TC abdominal, prestes a fistulizar à pele. Submetido a drenagem percutânea de 500 mL de material purulento da referida lesão, houve deteção de ADN de Mycobacterium tuberculosis no líquido drenado. Mediante tuberculose abdominal disseminada iniciou HRZE, com melhoria clínica e regressão das lesões.
Discussão: Este caso relembra-nos o comportamento incerto e a diversidade de apresentações por detrás da infeção tuberculosa. Além disso, a falta de especificidade dos sinais e sintomas, apesar de desafiante, leva, frequentemente, a atraso no diagnóstico e início de tratamento, propiciando o desenvolvimento de complicações. Um elevado índice de suspeição é a chave para o diagnóstico precoce.

P n.º 1245

Atingimento multiorgânico – um desafio diagnóstico e terapêutico

Raquel Costeira(1);Daniela Santos Bento(1);Mariana Nunes(2);Elisa Macedo Brás(2);Nuno Silva(1);Joana Cunha(1);Cátia Canelas(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÂO: Os síndromes de overlap são raros, possuindo características de duas ou mais entidades de natureza autoimune.
CASO: Sexo masculino, 79 anos, fumador. Antecedentes de HTA essencial, dislipidemia medicada com rosuvastatina e cardiopatia isquémica. Internado para estudo de astenia, anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, puffy fingers com espessamento cutâneo difuso e úlceras cutâneas. Diminuição da força muscular de predomínio crural, com crepitações à auscultação pulmonar. Analiticamente, AST/ALT 93/52U/L, LDH 588U/L, troponinaT 0.3ng/ml, mioglobina 1030ng/ml, CK 1261U/L, proBNP 28 281pg/ml, D-dímeros 3.34ug/ml. Serologias víricas com anticorpos positivos para CMV com avidez elevada e anti-HBc reativo com carga viral negativa. Do restante estudo, aldolase 19U/L e VS 63mm/1h, com consumo de complemento. ANAs positivos com anticorpos anti-RP155 e anti-Th/To borderline e anti-fibrilharina e anti-Ro52 positivo fraco. Despiste de malignidade negativo com TC abdominopélvica, ecografia mamária/testicular/tiroideia, colonoscopia, PSA e PET sem alterações. Por suspeita de doença autoimune com atingimento multiorgânico, alargado estudo que demonstrou patologia com atingimento pulmonar (doença pulmonar intersticial), renal (microalbuminúria com eritrócitos dismórficos na urina), gastrointestinal (pangastrite), cardíaco (depressão da função cardíaca sistólica e sinais sugestivos de HTP, com espessamento e edema do ventrículo esquerdo), muscular (RMN dos membros e EMG sugestivas de processo inflamatório inespecífico de miosite e polineuropatia sensitivo-motora) e cutâneo. Realizada capiloroscopia que revelou diminuição da densidade capilar. Estudo histológico muscular compatível com miopatia necrotizante imunomediada e cutâneo com esclerodermia. Por diagnóstico de S. overlap de miopatia inflamatória com esclerose sistémica (ES) difusa, iniciada imunoglobulina endovenosa, prednisolona, hidroxicloroquina e rituximab. Apesar da terapêutica, evolução desfavorável com infeção nosocomial, acabando por falecer.
CONCLUSÃO: Nos síndromes de overlap com miopatias inflamatórias, a ES é frequente. Pelo atingimento multiorgânico e possível evolução para doença grave, continua a representar um desafio diagnóstico e terapêutico.

P n.º 1246

Apresentação rara de AVC agudo

Raquel Costeira(1);Ana João Marques(1);André Costa(1);Vanessa Pires(1);Michel Mendes(1);Cátia Canelas(1);Mário Rui Silva(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO – A artéria de Percheron constitui uma variante anatómica da vasculatura arterial do tálamo.
CASO CLÍNICO – Sexo feminino, 61 anos, educadora de infância. Internamento recente por múltiplos eventos isquémicos a nível renal, esplénico e cerebral, com parésia facial central (PFC) esquerda e monoparésia do membro superior esquerdo. Eventos em contexto de adenocarcinoma pulmonar, diagnosticado por estudo histológico de metastização hepática, com início recente de terapêutica hipocogulante. Após alta, recorre ao serviço de urgência por diplopia e alterações da oculomotricidade, com prostração. Ao exame objetivo, com oscilação da ECG, com períodos de sonolência marcada. Desorientada no tempo e espaço. Ptose palpebral bilateral de predomínio direito, com ligeira anisocoria. Oftalmoparésia complexa com olho direito em abdução e infraversão, com incapacidade de realização de movimentos verticais bilateralmente. Discreta PFC esquerda com disartria moderada. Hemiparésia esquerda 3+/5. Analiticamente, a destacar leucocitose 12 330/uL com neutrofilia 8370/uL, LDH 644U/L, PCR 17.2mg/dl. Realizada TC CE que não revelou lesões agudas. Alargado estudo com punção lombar, com estudo citológico e bacteriológico não sugestivo de infeção do SNC. Após 24horas, repetida TC CE que revelou área ligeiramente hipodensa no tálamo direito (antero-medial) de novo, confirmando-se presença de lesões vasculares isquémicas recentes talâmicas bilaterais com RMN. Por AVC isquémico com oclusão da artéria de Percheron, em contexto de coagulopatia secundária a adenocarcinoma pulmonar, internou-se doente. Manteve-se estratégia de prevenção secundária com hipocoagulação com enoxaparina. Durante internamento, evolução desfavorável, com novo evento vascular em território da ACM direita, sindromaticamente TACI direito, sem indicação para tratamento de fase aguda, com agravamento do estado funcional.
CONCLUSÃO – Ao condicionar enfarte do mesencéfalo e do tálamo, a oclusão da artéria de Percheron pode levar ao raro atingimento bilateral de estruturas do SNC com origem na oclusão de uma única artéria. A sua apresentação clínica é única, associando-se a sintomas inespecíficos, com flutuação do nível de consciência e alterações de memória, podendo constituir um desafio diagnóstico.

P n.º 1248
Síndrome de 7 ½
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Daniela Duarte(1);Filipa Reis(1);Ana Gomes(1);Ana Nunes(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Síndrome de um e meio é caracterizado por paralisia do olhar horizontal associada a oftalmoplegia intranuclear ipsilateral devido a lesão do fascículo longitudinal mediano combinada com uma lesão da formação reticular ponte paramediana ipsilateral. Com o envolvimento do núcleo facial adjacente, situado na ponte, resulta em lesão do neurónio motor inferior com paralisia facial. Deste modo resulta na síndrome do 7 (atingimento do facial VII nervo craniano) e meio (ofatlmoplegia intranuclear).
Caso clínico: Doente de sexo masculino de 73 anos com antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2 e paraplégia com cinquenta anos de evolução após queda de árvore, recorre ao serviço de urgência por queixas de parestesias da hemiface esquerda associada a desvio da comissura labial e dificuldade na oclusão do olho esquerdo. Ao exame neurológico sumário encontrava-se vígil e orientado, olhos em exoforia com sugestão de skew- deviation do olho esquerdo. Movimentos oculocefalicos com limitação da dextroversão do olho esquerdo (oftalmologia internuclear esquerda) com diplopia na dextroversão, sem nistagmo. Assimetria não consistente da sensibilidade do V par. Parésia facial esquerda, atingido os dois andares da face e língua na linha media. Sem lateralização motora evidente e sem alterações consistentes da coordenação axial ou cinética na prova dedo-nariz.
Discussão: Apesar de fenomenologia periférica de paresia facial, associação temporal com oftalmoparésia complexa e resposta vasopressora é sempre necessária a realização de Angio-TC CE para exclusão de possível AVC vertebro-basilar. Não se visualizaram lesões endocranianas de natureza expansiva ou vascular. Admitido diagnóstico de síndrome de 7 ½ apesar de impossibilidade de realizar RMN CE para exclusão absoluta de POCI, por material de osteossíntese incompatível com realização de RMN.

P n.º 1249
Um azar nunca vem só
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Gonçalo rm Ferreira(1);João Miguel Santos(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Avaliação multidisciplinar de um doente é fundamental para obtenção de um diagnóstico célere e decisão terapêutica atempada.
Caso clínico: Doente recorre ao serviço de urgência por ortopneia, dispneia e tosse produtiva com 5 dias de evolução. Em seguimento por Cirurgia Geral por suspeita de neoplasia intestinal. Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, com auscultação cardíaca irregular com sopro sistólico audível no foco mitral grau III/VI. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1. De relevo, analiticamente com anemia normocítica, leucocitose ligeira com neutrofilia relativa e elevação ao de troponinas (163). ECG em ritmo sinusal, ondas QS antero-septais V1-V2 e extra-sístoles supraventriculares. Ecocardiograma transtorácico sumario com FEVE 50%, aparente prolapso do folheto posterior, condicionando jato de insuficiência mitral excêntrico, moderado a grave. Internado por quadro de insuficiência cardíaca descompensada. Manteve-se subfrebil, tendo sido colhidas hemoculturas, realizado ecocardiograma transesofágico e progredido estudo de suspeita de neoplasia intestinal por Cirurgia a Geral. Ecocardiograma transesofágico demonstrou massa anômala de aspeto friável com 8mm de maior eixo aderente a cúspide não coronária de válvula aórtica, condicionando um jato de regurgitação severo e um prolapso do folheto posterior da válvula mitral que se apresenta com “flail”, evidenciando corda rota e regurgitação mitral severa. Crescimento em hemoculturas de Streptococcus Galollyticus e obtido diagnóstico final de neoplasia do reto T4a N1 e M0.
Discussão: Diagnóstico de endocardite infeciosa de válvula aórtica nativa a St. Galollyticus em doente com neoplasia intestinal ativa. Iniciou terapêutica dirigida e aguarda decisão multidisciplinar para intervenção por Cirurgia Geral ou Cirurgia Cardiotorácica.

P n.º 1251
Um enfarte pouco habitual
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Gonçalo rm Ferreira(1);João Miguel Santos(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Síndrome coronário agudo é um motivo frequente de ida ao serviço de urgência. No entanto, o mecanismo responsável pela isquemia e necrose do miocárdio nem sempre é tão previsível quanto o expectável.
Caso clínico: Doente de 59 anos do sexo feminino recorre ao serviço de urgência por dor torácica, com irradiação para os dois membros superiores, duração de uma hora que cedeu espontaneamente. Negou stress físico ou emocional fora do habitual. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, auscultação cardíaca rítmica e sem sopros. Eletrocardiograma realizado mostrava ritmo sinusal, bloqueio incompleto de ramo direito, com amputação da T aparentemente em V3, supra ST discreto anterior (V2- V5) com T bifásica em V2-V3. Analiticamente com troponinas de 9612. Ecocardiograma transtorácico à cabeceira demonstrava acinésia de todos os segmentos apicais e função sistólica global ligeiramente diminuída. Internada na unidade de cuidados intermédios coronários, para monitorização e estratificação invasiva posterior, de modo a despistar enfarte agudo do miocárdio com supra ST anterior evoluído versus Takotsubo. Coronariografia revelou coronárias sem estigmas de aterosclerose e tronco comum sem lesões, descendente anterior com imagem compatível com dissecção coronária espontânea tipo 2 no ? distal.
Discussão: Dissecção espontânea da artéria coronária é uma entidade rara de enfarte do miocárdio. Ocorre principalmente em doentes sem os convencionais fatores de risco cardiovascular. Os principais fatores predisponentes são displasia fibromuscular, estado pós-partum, multiparidade (>4 partos), doenças do tecido conjuntivo, doenças inflamatórias crónicas e terapêutica hormonal. No entanto, 20% das dissecções são idiopáticas, tal como neste caso. Foi realizado tratamento conservador, tendo sido iniciada dupla anti-agregação com aspirina e clopidogrel durante um período de três meses.

P n.º 1255

O perigo da utilização dos inibidores da SGLT-2

Francisco Nogueira Gonçalves(1);João Miguel Santos(1);Gonçalo rm Ferreira(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Os inibidores da SGLT-2 têm cada vez mais indicações na prática clínica. Com os resultados notáveis demonstrados na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e doença renal crónica recentemente publicados, levaram ao seu uso na população não diabética.
Caso clinico: Doente do sexo masculino de 87 anos, recorre ao serviço de urgência por queixas de astenia e cansaço para pequenos esforços com cinco dias de evolução. Antecedentes de relevo de diabetes Mellitus tipo 2, fibrilhação auricular e realização de colostomia. Encontrava-se consciente e orientado, mucosas coradas, mas desidratadas, taquicardíaco e polipneico em ar ambiente. Gasimetria arterial revelava acidose metabólica e hipercalémia severa (pH: 7,20, pCO2: 25, HCO3- de 10,2, glicose de 272 e hipercalemia de 7.6). Analiticamente apresentava lesão renal aguda de novo com creatinina de 3.0 e ureia de 278, sem elevação de parâmetros inflamatórios, marcadores de necrose do miocárdio negativos e sem rebate na hemoglobina face registos clínicos prévios. Foi algaliado e iniciou fluidoterapia, insulina subcutânea, bicarbonato e gluconato de cálcio. Resposta favorável à terapêutica instituída e a gasimetria arterial após quatro horas apresentava correção da acidose e hipercalémia (pH: 7,35, pCO2: 27, HCO3-; 13,9, glicose 95 e potássio de 3,8).
Discussão: Quadro de cetoacidose euglicémica secundária a introdução de um inibidor de SGLT-2, nas duas semanas prévias sobreposta a lesão renal aguda por desidratação de colostomia hiperfuncionante. Este caso demonstra o risco associado à introdução generalizada dos inibidores de SGLT-2 face ao aumento de casos registados de cetoacidoses euglicémicas.

P n.º 1257

Hipoglicemia por carcinoma neuroendócrino do cérvix produtor de insulina

João Francisco Figueira(1);Ana Tenreiro(1);Helena Isabel Fernandes(2);Larisa Victoria Galbán(2);Joselina Chirivella(2);Margarida Damas de Carvalho(2)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Hospital do Litoral Alentejano

Tema: Cuidados paliativos

Os carcinomas neuroendócrinos do cérvix (CNEC) são entidades raras, correspondendo a 1-2% da totalidade dos tumores do cérvix. A idade média de apresentação é de 45 anos e associam-se frequentemente à infeção pelo vírus do papiloma humano. Habitualmente cursam com metrorragias e dor pélvica. Podem produzir hormonas apresentando-se como síndromes específicas. A taxa de sobrevida a 5 anos está entre 0-30%. Não existe um tratamento específico, sendo habitualmente multimodal com cirurgia, quimioterapia e radioterapia.
Mulher de 31 anos, com CNEC de pequenas células, estadio IV, em 1ª linha de tratamento quimioterápico com cisplatino, paclitaxel e bevacizumab trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência. Durante a observação apresentou crise convulsiva generalizada com glicemia plasmática de 19 mg/dL. Foi medicada com diazepam e glicose com melhoria, iniciando posteriormente perfusão de soro glicosado. A tomografia axial computorizada de crânio mostrou metastização cerebral de novo, ficando internada no Serviço de Cuidados Paliativos. Ao suspender a perfusão de glicose a doente apresentava hipoglicemia em poucos minutos. Foi doseada a insulina plasmática apresentando um valor de 105 mUI/mL (valor de referência: 1.9-23 mUI/mL). O valor do peptídeo C e das enzimas hepáticas eram normais. A presença de um tumor de características neuroendócrinas associado ao aumento dos níveis de insulina tornam a hipótese de hipoglicemia num contexto paraneoplásico a hipótese etiológica mais provável. Apesar da presença de metastização hepática e pancreática não existia insuficiência destes órgãos. Iniciou dieta hipercalórica, dexametasona titulada até 20 mg/dia e octreotido 100 ug tid. O diazóxido não se encontrava disponível. Apesar de todas as medidas, a doente manteve dependência da perfusão de soro glicosado através de cateter venoso central, monitorizando-se os valores de glicemia através de sensor subcutâneo para maior conforto.
São poucos os casos descritos na literatura médica de CNEC de pequenas células associados a hipoglicemia por hiperinsulinismo. Apenas a cirurgia é curativa, algo não possível na maioria dos casos. Evidencia-se com este caso a complexidade dos doentes sob Cuidados Paliativos, quebrando alguns estigmas ainda existentes na comunidade médica.

P n.º 1262

Leucostase: uma complicação rara, mas potencialmente fatal da leucemia

Patrícia da Cunha Brito(1);Ana Rita Pedroso(1);Marina Alves(1);Inês Manuel Gonçalves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A leucostase (LC) é uma emergência médica, caracterizada por hiperleucocitose associada a sintomas de hipoperfusão tecidual. Clinicamente, o diagnóstico é realizado quando um doente com leucemia e hiperleucocitose apresenta manifestações respiratórias ou neurológicas.
CASO CLÍNICO: Homem de 61 anos, com antecedentes de leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) em fase de aceleração aquando da apresentação. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia de agravamento progressivo e astenia com 2 semanas de evolução. Apresentava-se hipotenso, consciente, com hematomas e petéquias dispersos e hemorragia subconjuntival. À auscultação pulmonar com murmúrio vesicular globalmente diminuído. Analiticamente: anemia com Hb 5,1 g/dL, leucocitose de 119,9x109/L com 21% de blastos e trombocitopenia de 31x109/L. Adicionalmente, lesão renal aguda de causa pré-renal, insuficiência respiratória tipo 1 e hiperlactacidemia. Realizou tomografia computorizada torácica que demonstrou volumoso derrame loculado no pulmão direito, com atelectasia homolateral. Observavam-se também densificações de contornos irregulares no lobo superior e região peri-hilar do pulmão esquerdo e, ainda, esplenomegalia. Feito o diagnóstico de LC secundária a LMMC em fase blástica. O doente iniciou fluidoterapia com vista à estabilização para transferência inter-hospitalar para centro de referência, no entanto, acabou por falecer antes desta ser possível.
DISCUSSÃO: A LC é uma complicação rara, mas com alta taxa de mortalidade, de vários tipos de leucemia. O diagnóstico requer elevado nível de suspeição, devendo ser considerado em doentes com antecedentes de leucemia que se apresentam com dispneia ou alterações neurológicas. Este deve ser feito precocemente, de modo a iniciar terapêutica dirigida à diminuição de leucócitos circulantes – quimioterapia para citorredução ou, se contraindicada (lesão renal aguda ou distúrbios hidroeletrolíticos graves), a leucoferese em combinação com hidroxiureia.

P n.º 1265
Por detrás de um AVC

Maalena Costa Santos(1);Joana Gouveia(1);Mariana Belo Nobre(1);Teresa Gouveia(1);David Pires(1);Marta Vilela(1);João Cravo(1);Joana Rosa Martins(1);Alba Janeiro Acabado(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O AVC consiste numa disfunção neurológica aguda, resultante de embolismo, trombose ou hipoperfusão. É pela diversidade de causas associadas e a elevada mortalidade, que a abordagem precoce e o diagnóstico diferencial do mesmo são essenciais.
Os autores apresentam um caso de um doente, 65 anos, do sexo masculino, sem antecedentes de relevo, que foi admitido no Serviço de Urgência por lipotimia com desvio da comissura labial à esquerda, e hemiparesia esquerda, com recuperação gradual dos défices neurológicos em 8 dias. Ao exame objetivo, destaca-se febril, com desorientação temporal e espacial, neglect à esquerda, e monoparesia esquerda grau 3/5, e sopro sistólico audível nos focos mitral e tricúspide de grau III/VI sem irradiação. Analiticamente com Hb 10.2g/dL, creatinina 1.9mg/dL, PCR 3.9mg/dL, e no sedimento urinário com proteinuria 300mg/dL. A TC CE revelou hipodensidade em relação com enfarte no território da ACM direita e com múltiplas estenoses do território carotídeo-vertebrobasilar. Foi realizada punção lombar, que não mostrou alterações de relevo e iniciada terapêutica empírica com Ceftriaxone e Ampicilina.
Foi realizado ecocardiograma transtorácico, no qual foram objetivadas vegetações nas válvulas aórtica e tricúspide, com regurgitação moderada das mesmas.
Da colheita de exames culturais e serologias identificou-se Bartonella quintana, tendo sido alterada antibioterapia para Doxiciclina. Foi ainda realizada TC de corpo que revelou área de enfarte esplênica.
Deste modo, assumiu-se Endocardite infecciosa por B. quintana, com apresentação de AVC cardioembólico, enfarte esplénico secundário a embolização e envolvimento renal.
Neste caso, é realçada a importância de uma abordagem minuciosa ao doente com AVC Isquémico e o estudo etiológico atempado do mesmo, a fim de diagnosticar corretamente as patologias condicionadoras do estado clínico do doente, nomeadamente, a endocardite infecciosa atendendo à necessidade de instituição de terapêutica dirigida.

P n.º 1268

Complicações neurológicas raras de um estado de hiperglicemia – Coreia

Margarida Quinto Pereira(1);Catarina Lizardo Cruz(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1);Inês Freire(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A coreia é uma perturbação neurológica infrequente que envolve movimentos involuntários anormais, abruptos, irregulares e de curta duração. Pode ser secundária a múltiplas patologias e inclusivamente ser uma complicação rara de um estado hiperglicémico.
Descreve-se o caso de uma mulher, 81 anos, com história de diabetes mellitus tipo 2, insulino-tratada, com mau controlo glicémico, que foi levada ao serviço de urgência por apresentar um quadro com 2 dias de evolução de agitação psicomotora e alteração do discurso. Ao exame objetivo, apresentava desvio do olhar conjugado para a esquerda, discreta parésia facial central direita e clonias dos membros direitos, com predomínio proximal. Analiticamente, a destacar glicémia 799mg/dl, cetonemia 5.2 e hemoglobina glicada de 11%. Realizou TC crânio-encefálica que evidenciou sugestão de hiperdensidade espontânea do estriado bilateralmente, sem lesões isquémicas agudas, aspectos que se mantiveram sobreponíveis em TC crânio-encefálica de reavaliação 24 horas depois. Iniciou terapêutica anti-epiléptica e insulinoterapia, com normalização da cetonemia e controlo glicémico. À reavaliação clínica, eram visíveis movimentos irregulares, curtos e não rítmicos, dos membros nomeadamente a nível proximal, da face e do tronco, apenas quando a doente estava acordada. Apresentava mobilização simétrica dos quatro membros e sem desvio conjugado do olhar. A doente foi internada onde, apesar do controlo glicémico, manteve quadro de movimentos típicos de coreia, com necessidade de ajuste terapêutico com clonazepam e tetrabenazina. Repetiu a TC-CE duas semanas depois, já não apresentando hiperdensidade a nível dos gânglios da base, mas na RM-CE realizada um mês após o início do quadro, apresentava hipossinal em T2 FLAIR e T2 com envolvimento dos núcleos estriados bilateralmente e hipersinal correspondente em T1. A doente teve alta clinicamente melhorada, com diminuição dos movimentos coreicos, referenciada para consulta de Neurologia e Endocrinologia.
Com este caso clínico, os autores pretendem realçar a importância de considerar uma manifestação rara como expressão de uma doença comum, manifestação esta que se pode manter apesar da estabilização da doença de base. Destacam ainda a importância de considerar a reversibilidade das lesões em certos exames imagiológicos.

P n.º 1270

PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE DE CAUSA IMPROVÁVEL

Filipa David(1);Rute Brás-Cruz(1);Cecília Moreira(1);Diana Rocha(1);Ana Teresa Vieira(2);Filipa Maldonado(1);Filipa Pereira(3);Lia Bastos(4);Márcia Araújo(1);Sara Carvalho(3);João Fonseca(3);Marta Pereira(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (3) IPO Porto (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A pancreatite relacionada com fármacos é responsável por menos de 5% de todas as pancreatites agudas (PA) e, como tal, o seu diagnóstico deve ser considerado, enquanto se excluem ativamente outras etiologias (alcoólica, litiásica, secundária a hipertrigliceridemia, pós-procedimento, entre outras). Apesar do mecanismo fisiopatológico ser desconhecido sabe-se que os antipsicóticos podem ser uma causa rara responsável por esta entidade, principalmente em contexto de exposição prolongada.
Jovem de 29 anos, seguida por Psiquiatria por perturbação psicótica e medicada desde longa data com aripiprazol, recorre ao serviço de urgência por dor abdominal umbilical com irradiação dorsal e vómitos com 2 semanas de evolução. À admissão com abdómen doloroso no epigastro e hipocôndrio direito. Analiticamente com elevação dos marcadores inflamatórios, da amílase, lípase e com citocolestase. Realizou tomografia computorizada abdominal com alterações sugestivas de pancreatite aguda com necrose glandular superior a 70% do parênquima. Do estudo etiológico em internamento excluído consumo etílico, obstrução biliar, distúrbios iónicos e hipertrigliceridemia. Estudo imune sem alterações à exceção de doseamento de IgG4 borderline e estudo genético negativo. Dada a melhoria clínica sem corticoterapia a hipótese de doença IgG4 tornou-se menos provável. Assim, assumida PA iatrogénica no contexto do aripiprazol. Após um internamento de 60 dias, a doente teve alta para o domicílio a recuperar a atividade funcional prévia, mas dependente de insulinoterapia.
A PA relacionada com fármacos tem geralmente bom prognóstico e baixa mortalidade, quando identificada precocemente e após suspensão do agente causal. Assim, pretende-se alertar para a suspeição desta classe farmacológica como fator predisponente e ainda pouco relatado na comunidade científica, com potencial de gravidade elevado se não identificado atempadamente.

P n.º 1271

BRUCELOSE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Filipa David(1);Sara Moutinho-Pereira(1);Sara Pinto(1);Fátima Leal-Seabra(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A brucelose é a zoonose cuja maior fonte de contaminação são os lacticínios não pasteurizados. A Brucella é um cocobacilo gram-negativo intracelular e apresenta um período de incubação variável de semanas a meses, manifestando-se com sintomas inespecíficos como artralgias, febre, hipersudorese e astenia com evolução para cronicidade, que exigem um estudo etiológico amplo e da qual não se pode descurar o contexto epidemiológico, tal como apresentado no caso seguinte.
Mulher de 89 anos residente em meio rural com antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa e história de dois internamentos, com 6 meses de intervalo, por episódios interpretados como artrite séptica do joelho esquerdo e, posteriormente, do ombro direito. Foi submetida a antibioterapia empírica em ambos os internamentos com isolamento de um bacilo gram-negativo não esclarecido no tecido biopsado da artrotomia do joelho. Apesar da documentação de melhoria clínica e analítica, três dias após a última alta hospitalar foi re-internada por astenia, febre e poliartrite simétrica de grandes e pequenas articulações. Do estudo realizado salienta-se anemia normocrómica/normocítica (Hb 9.4g/L), leucocitose 14200/uL, PCR 140mg/dL, VS>100mm/h e restante estudo imune negativo. Excluída borreliose por serologia com teste confirmatório, teste Wright negativo e deteção de DNA de Brucella melitensis por polymerase-chain-reaction. Assumido diagnóstico de brucelose a motivar início de rifampicina e doxiciclina, que tolerou apenas 3 semanas por efeitos adversos. Esteve assintomática durante 12 meses e, por recrudescimento da sintomatologia, retomou tratamento com doxiciclina e cotrimazol durante mais 6 semanas.
A brucelose é um desafio diagnóstico, tendo o contexto epidemiológico um papel preponderante para a sua suspeição. Esta infeção pode tornar-se crónica acometendo qualquer órgão, sendo a doença osteoarticular a manifestação focal mais comum. O exame cultural da medula óssea é o gold standard e a deteção do DNA da bactéria, como descrito, permite o diagnóstico presuntivo. O tratamento inadequado, ou a sua ausência, conduz a outcomes desfavoráveis, tendo, em oposição, uma mortalidade baixa quando devidamente identificada e erradicada.

P n.º 1272

Tuberculose abdominal: um diagnóstico a considerar

Joana Fontes(1);Bárbara Sousa(1);Joana Faria Silva(1);Carlos Rego Gonçalves(1);José Veloso(1)
(1) Hospital Ponte de Lima

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é uma causa importante de morbi-mortalidade a nível mundial. A apresentação extrapulmonar representa 15 a 20% de todos os casos diagnosticados. Destes, apenas 6% se manifestam como tuberculose abdominal, pelo que a confirmação diagnóstica constitui um desafio.
Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 83 anos, enviado à consulta de medicina interna por anemia (Hb 12g/dL) normocítica e normocrómica. Apresentava como antecedentes tromboflebites superficiais recorrentes nos membros inferiores com 3 anos de evolução e trombose central da retina esquerda há 1 ano. De relevo, referência a lesão eritematosa do membro inferior compatível com eritema nodoso há 6 meses, quadro de hipersudorese noturna e vómitos pós-prandiais ocasionais.
Do estudo complementar inicial realizado destaca-se: TC torácico, abdominal e pélvico com evidência de múltiplas adenomegalias apenas em localização abdominal - região retroperitoneal periaórtica, cadeias ilíacas direitas e em ambas as regiões inguinais, a maior de 23mm de diâmetro - sem alterações, nomeadamente, parenquimatosas pulmonares, hilares ou mediastínicas. O estudo analítico revelou velocidade de sedimentação de 73mm, serologias víricas (nomeadamente VIH, VHB, VHC, CMV, EBV) e estudo imunológico (anticorpos anti-nucleares e fator reumatóide) negativos.
O doente foi submetido a biópsia excisional de adenomegalia inguinal que mostrou tratar-se de linfadenite granulomatosa de tipo tuberculoso, negativo para a coloração de Ziehl-Neelsen, mas positiva para PCR de Mycobacterium tuberculosis. O doente iniciou tuberculostáticos com remissão.
A tuberculose ganglionar constitui o envolvimento mais comum da tuberculose abdominal. Pode manifestar-se isoladamente, sem evidência de envolvimento de outras estruturas abdominais e, geralmente, não é responsável pela invasão ou obstrução do trato gastrointestinal.
A tuberculose continua a ser considerada um problema de saúde pública, sendo um diagnóstico diferencial a não negligenciar.

P n.º 1274

Glomerulonefrite associada à infeção por Estafilococos aureus: a propósito de um caso clínico

Joana Fontes(1);Victória Paes de Faria(2);Sara Rodrigues(2);Susana Pereira(2);Ana Ventura(2);João Carlos Fernandes(2)
(1) Hospital Ponte de Lima (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças renais

A glomerulonefrite (GN) pós-estreptocócica, mais prevalente em idade pediátrica, é desencadeada por infeção respiratória ou cutânea e tem início após a resolução do quadro infecioso, o protótipo de GN pós-infeciosa. Nos adultos, surge mais frequentemente com infeção ativa e por isso foi alterada a denominação para GN associada à infeção (GNAI). Têm sido descritos mais casos de GNAI por infeção estafilocócica, mais frequentemente em doentes com idade avançada, com comorbilidades, e estão associados a pior prognóstico renal.
Homem de 61 anos, com antecedentes de HTA, diabetes, DRC estadio 3 secundária a nefropatia diabética e pé de Charcot, submetido a artrodese em 2019.
Admitido no serviço de Ortopedia por febre e infeção do pé de Charcot para revisão cirúrgica do material protésico e realização de antibioterapia dirigida com amoxicilina-ácido clavulânico e cotrimoxazol para Stafilococos aureus sensível a meticilina (MSSA) isolado em hemoculturas e no exsudado da ferida.
Ao 9º dia de internamento, foi registado agravamento da função renal (creatinina sérica 1.6mg/dL), com evolução para lesão renal aguda oligúrica ao 16º dia, tendo sido pedida observação por Nefrologia. O doente apresentava sinais de hipervolemia, estava hipertenso, polipneico, apirético, com edema e rash cutâneo nos membros inferiores. Na gasimetria apresentava acidose metabólica com gap aniónico aumentado; analiticamente, sCr 10.3mg/dL, ureia 196mg/dL, K 6.2 mmol/L; sedimento urinário ativo com leucoeritrocitúria com proteinúria. Estudo imunológico negativo, sem consumo de complemento. Foi excluída obstrução urinária. Iniciou hemodiálise por cateter venoso central e prednisolona por suspeita de nefrite intersticial aguda uma vez que a infeção estava controlada. Realizou biópsia renal que revelou padrão de GN membranoproliferativa, compatível com diagnóstico de GNAI. Completou ciclo de antibioterapia dirigida a osteomielite por MSSA e suspendeu corticoterapia. Manteve-se diálise dependente durante dois meses, até recuperação da diurese.
Apresenta-se este caso clínico pelo desafio diagnóstico num contexto epidemiológico em mudança. Destaca-se a importância da suspeição clínica da GNAI e da realização de biópsia renal, pois o tratamento precoce é preditivo de um bom prognóstico.

P n.º 1276
Da Clínica ao Diagnóstico - Síndrome de Brugada
Sofia Miguelote(1);Tânia Silva(1);Marta Cunha(1);Rui Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Outro

A Síndrome de Brugada (SB) é uma "Canalopatia" herdade geneticamente, gene SCN5A, autossómica dominante, que envolve os canais de cálcio. A prevalência é maior no género masculino e na população asiática. Esta entidade é subvalorizada na população jovem sendo confundida como transtorno psiquiátrico - ansiedade. O diagnóstico precoce evita a morte súbita devido a TV ou FA que se associa a eventos precipitantes tais como: febre, fármacos e intoxicação alcoólica/cocaína.

Jovem, género masculino, 28 anos, recorreu ao SU do HSO por síncope, após sensação de náuseas, febre de 38ºC, sudorese e mialgias. A sintomatologia teve início durante a noite. Nega cefaleias, dispneia, dor torácica ou abdominal. Refere sensação de taquicardia/palpitações ocasionais que associa à sua ansiedade de base. Medicado com ansiolíticos desde há alguns anos e diagnosticado com bloqueio completo de ramo direito há aproximadamente 5 anos. Nega antecedentes familiares de morte súbita. Ao exame objetivo: normocárdico, hipotenso, apirético com astenia marcada. Analiticamente com BT-2.2 g/dL, SARS-Cov-2 positivo com GSA normal e sem necessidade de oxigenoterapia. Rx-Tórax – sem hipotransparências sugestivas e infeção.

Fica em monitorização cardíaca e controlo antipirético. Contactada cardiologia para validação e orientação do paciente, tendo sido explicado a medicação a evitar, assim como, orientação em caso de quadros febris. Durante permanência no SU evolução clínica favorável, sem taquicardia ou novos períodos de febre. À data da alta orientado para consultas de Cardiologia - arritmologia e de Medicina Interna – doenças hepáticas, no HSO.

O diagnóstico é feito por ECG com evidência de elevação do segmento ST tipo 1 nas derivações précordiais direita (V1-V3) (Fig.2) e com pelo menos 1 dos sintomas apresentados na Fig. 3. As alterações no ECG surgem após quadro febril, antiarritmicos, anti-depressivos, anti-histamícos de 1ª geração, agonistas a-adrenérgicos e intoxicação alcoólica/cocaína.

Vários estudos demonstram a ineficácia preventiva com farmacologia na prevenção de morte súbita, sendo a implantação de CDI a única terapêutica efetiva. O diagnóstico precoce permite ao doente agir em conformidade em eventos críticos.

P n.º 1283

Cardiomiopatia de Takotsubo numa doente com tromboembolismo pulmonar

Ana Rita de Oliveira(1);Rita Vilar da Mota(1);Nuno Pardal(1);Marta Batoca Sousa(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Salgueiro(1);Ana Rita Cambão(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

A cardiomiopatia de Takotsubo/stress é uma causa de lesão miocárdica aguda, reversível, caraterizada por redução da função sistólica na ausência de doença coronária. Ocorre mais em mulheres, pós-menopausa, após evento stressante agudo, emocional ou físico.
Apresenta-se o caso de uma doente de 61 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de carcinoma da língua localmente avançado submetida a tratamento com intuito curativo, em 2008, sem recidiva até à data. Diagnosticada, 2 dias antes da admissão, com TEP e hipocoagulada com rivaroxabano15mg id. Recorre ao serviço de urgência por dor retroesternal do tipo opressiva, grau 7/10, com agravamento à inspiração profunda. Refere ainda dispneia para pequenos esforços. Ao exame objetivo, ansiosa, polipneica (FR24cpm) em repouso e taquicárdica (FC110bpm). Eletrocardiograma com ondasQ em DIII e inversão ondaT de V3-V6. Analiticamente elevação dos marcadores de necrose miocárdica (MNM) - Mioglobina 35ng/mL e Troponinal 777.4ng/mL. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou "(…)Contratilidade segmentar mantida apenas nos segmentos basais de todas as paredes. Depressão severa da função sistólica do ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 27%.". Admitido o diagnóstico provável de cardiomiopatia de stress em contexto de TEP. Admitida em Cuidados Intermédios para monitorização cardíaca. Iniciou terapêutica modificadora de prognóstico com bisoprolol e ramipril em dose baixa, com titulação da dose. Verificou-se uma boa evolução clínica e RM cardíaca, realizada 10 dias depois, revelava "Fração de ejeção ventrículo esquerdo preservada(69%).(…)não há alterações valorizáveis da contratilidade cardíaca.(…). A rápida recuperação da função sistólica com reversão das alterações de contratilidade segmentares sustentam o diagnóstico.
Este caso pretende descrever a associação rara e pouco relatada de TEP e cardiomiopatia de stress, em que o TEP é um potencial trigger. O seu diagnóstico implica elevada suspeição e intervenção atempada.

P n.º 1285

Hipoglicemia por artefacto em contexto de fenómeno de Raynaud

Inês Poças Ferreira(1);Maria Guiomar Sousa Pinheiro(1);Álvaro Matos Soares Ferreira(1);João de Melo Sampaio de Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A hipoglicemia por artefacto define-se como a discrepância entre níveis baixos de glicemia em sangue capilar e valores normais ou elevados de glicemia plasmática. O fenómeno de Raynaud carateriza-se por vasoconstrição excessiva dos vasos sanguíneos periféricos. Os autores descrevem o caso de uma doente com fenómeno de Raynaud, com resultados falsamente reduzidos de glicemia, obtidos através de picado do dedo. Este fenómeno leva a sobretratamento e investigação desnecessária.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 96 anos, autónoma. História pessoal de esclerose sistémica com atingimento cutâneo e pulmonar. Internada por Covid-19 grave, complicada com urossépsis. Objetivamente a destacar esclerodactilia e fenómeno de Raynaud bilateral. Por se encontrar sob corticoterapia, foi realizada pesquisa sistemática de glicemia capilar. Durante o internamento, apresentou agravamento do fenómeno de Raynaud e documentação, em período de estabilidade clínica, de valores de glicemia capilar, obtidos por picada de dedo, inferiores a 55mg/dL. Foi administrada glicose por via oral, bólus endovenoso e iniciada perfusão, sem melhoria desses valores. A doente nunca demonstrou sintomas clássicos de hipoglicemia, pelo que não cumpria os critérios da tríade de Whipple. Simultaneamente, foi obtida glicemia por gasimetria arterial com valor de 225mg/dL.
Discussão: A hipoglicemia por artefacto é uma entidade pouco reconhecida mas que pode levar a iatrogenia, pelo sobretratamento e investigação desnecessária. Na presença de fenómeno de Raynaud, há uma diminuição do fluxo ao nível dos capilares, que leva a desaceleração da circulação da glicose e ao aumento da extração da mesma pelos tecidos. Assim, nestes doentes, deve haver um alto nível de suspeição relativamente aos valores de glicemia capilar obtidos por picada de dedo, sobretudo na ausência de sintomas associados.

P n.º 1289

Esclerose múltipla fulminante: uma variante fatal e com uma apresentação atípica

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A Esclerose múltipla (EM) fulminante ou variante Marburg é rara, correspondendo a menos de 4% dos casos de EM, mas extremamente agressiva na sua apresentação. O tratamento é desafiante por ser uma variante refractária às primeiras linhas de terapêutica imunossupressora e o prognóstico é desfavorável, sendo o outcome mais frequente a incapacidade severa ou morte.
Caso clínico:
Mulher de 59 anos admitida por quadro de 1 semana de cefaleia e hemiparesia esquerda com agravamento progressivo evoluindo com depressão do estado de consciência (escala de coma de Glasgow 8).
Dos exames realizados, destacam-se: Analises sem alterações (serologia VIH negativa); Angio-TAC cranioencefálica: hipodensidade focal subcortical frontal direita, de possível etiologia isquémica, sem oclusão de grande vaso; EEG: sem actividade paroxística; RM cranioencefálica: incontáveis lesões encefálicas de configuração arredondada e ovalada, com realce em anel após a administração de gadolínio endovenoso (toxoplasmose?); Liquor: 5 células, sem predomínio, proteínas 46mg/dl, glicose 125mg/dl (glicemia 244mg/dl), exame microbiológico extenso e anatomo-patológico negativos.
Efectuada terapêutica anti-toxoplasma empírica sem melhoria. A biopsia cerebral revelou lesão desmielinizante sugestiva de esclerose múltipla activa, tumefactiva, em fase subaguda. Assumido diagnóstico de EM fulminante variante Marburg. Iniciada corticoterapia, plasmaferese e natalizumab com resposta favorável.
Conclusão:
A EM fulminante é uma variante que pode levar a uma deterioração clínica rapidamente progressiva e como tal exige uma equipa multidisciplinar e por vezes exames diagnósticos invasivos como a biópsia cerebral para o seu diagnóstico. A investigação etiológica motiva extenso diagnóstico diferencial incluindo enfartes isquémicos, gliomas malignos e abcessos cerebrais. Apesar da sua elevada morbi-mortalidade, o diagnóstico numa fase inicial permite terapêutica modificadora de doença e melhor outcome.

P n.º 1290

Dermatomiosite amiopática: um diagnóstico raro e desafiante

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
A dermatomiosite amiopática (DMA) é um subtipo raro que se caracteriza pela ausência de envolvimento muscular e pelo acometimento pulmonar frequente, sendo este responsável por complicações fatais como a doença pulmonar intersticial grave e o pneumomediastino. É essencial o rastreio oncológico dado o carácter paraneoplásico da dermatomiosite. A terapêutica de eleição é a imunossupressora, sendo os corticóides os agentes de primeira linha.
Caso clinico:
Mulher de 61 anos, recorre ao serviço de urgência por quadro de 6 semanas de tosse seca, dor torácica, cansaço para médios esforços, aftas da mucosa oral e exantema das mãos. Referia poliartralgias aditivas, assimétricas, de ritmo inflamatório. À admissão: temperatura 37.9ºC, saturação periférica de oxigénio 89% em ar ambiente, úlceras orais, máculas eritematosas na face palmar e polpas dos dedos e pápulas na face extensora dolorosas à pressão. Enfisema subcutâneo supraclavicular.
Dos exames realizados, destacam-se: Analiticamente: PCR 4.6mg/dl, VS 54mm/h, CK normal; TAC tórax: extenso pneumomediastino, espessamento reticular e densificação do parênquima em vidro despolido, com distribuição periférica subpleural; Serologias virais negativas; Avaliação por Dermatologia: lesões tipo vasculite / trombos dos dedos; Estudo auto-imune negativo à excepção de Ac anti-MDA5 positivo.
Assumido diagnóstico de dermatomiosite amiopática anti-MDA5 positivo, com envolvimento cutâneo, articular e pulmonar. Efectuado rastreio oncológico extenso: negativo. Iniciada prednisolona e micofenolato de mofetil, com melhoria.
Conclusão:
A DMA é uma doença rara cujo diagnóstico é desafiante pela ausência da miosite. A deteção do anticorpo anti-MDA 5 revela-se como uma ferramenta no diagnóstico atempado, permitindo o início precoce de terapêutica dirigida e um prognóstico mais favorável. A maior prevalência de doença pulmonar intersticial em doentes com anticorpo anti-MDA 5 positivo alerta para esta possível e grave complicação, permitindo reduzir a morbi-mortalidade associada.

P n.º 1291

Guillan-Barré: uma síndrome incapacitante e com complicações potencialmente fatais

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Teresa Valido(1);Filipa Figueiredo(1);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia inflamatória desmielinizante aguda rara, cuja fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida. Presume-se que as infecções respiratórias e gastrointestinais sejam os principais factores desencadeantes, estando reportados raros casos com a toma de vacinas. O tratamento é centrado na terapêutica de suporte, sendo limitado o papel da terapêutica imunomoduladora.
Caso clinico:
Mulher de 72 anos, admitida por cansaço, paraparésia e parestesias nos pés e posteriormente nas mãos. Referia ter efectuado vacina da gripe e a 3ª dose da vacina sars-cov2 dez dias antes.Assistiu-se a rápido agravamento com tetraparésia grave, arreflexia generalizada, hipostesia álgica em meia e luva bilateralmente, disfagia e biparésia facial.
Dos exames efectuados, destacam-se: Analiticamente: Leucocitose (16.240x109/L) com neutrofilia (85%), PCR 0,26mg/dL; TAC cranioencefálica: sem alterações agudas; Punção lombar: dissociação albumino-citológica (sem células e com proteinorráquia 178mg/dl); Estudo electromiográfico: acentuada polirradiculoneuropatia, com bloqueios de condução motora.
Admitido diagnóstico de Sindrome de Guillan-Barré, forma desmielinizante. Efectuou imunoglobulina humana, sem resposta, e plasmaferese, com ténue melhoria clínica. Objectivados sinais de disautonomia, como perfil tensional lábil, retenção urinária aguda, e hipomotilidade intestinal com ileus grave e refractário. Evolução desfavorável que culminou no óbito.
Conclusão:
A SGB é uma doença rara com elevada incapacidade associada, podendo ser fatal. É necessário elevado índice de suspeição principalmente quando a sua apresentação é atípica ou na presença de factores desencadeantes menos habituais como é o caso das vacinas. É fundamental vigilância e antecipação das várias complicações possíveis, seja a insuficiência respiratória ou as perturbações disautonómicas, cujo atraso no diagnóstico e terapêutica podem comprometer o prognóstico.

P n.º 1292

Purpura trombocitopenica trombótica: uma emergência médica com complicações atípicas

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Rodrigo Duarte(2);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) é uma microangiopatia trombótica rara potencialmente fatal. Pode ser idiopática ou secundária a doenças auto-imunes, fármacos, infeções, neoplasias ou gravidez. A sua elevada mortalidade exige o início célere do tratamento com plasmaferese, corticoterapia ou eventualmente rituximab.
Caso clínico:
Mulher de 46 anos admitida por quadro de 3 meses de equimoses fáceis e espontâneas nos membros inferiores. A referir quadro de faringite nos 5 dias prévios. Ao exame objetivo: pequenas equimoses dispersas.
Dos exames efectuados, destacam-se: Analiticamente: hemoglobina 9.3g/dL, trombocitopenia 9.000/mcL sem microagregados, esquizocitos 5%, reticulócitos 7.2%, haptoglobina indoseável, LDH 555 U/L; Bilirrubina total 1.49mg/dL, Teste Coombs directo/indirecto negativo; Serologias virais negativas; Doseamento de ADAMTS13: indetectável; Estudo auto-imune negativo. Hipocomplementémia C3 (73,4mg/dl) e C4 (2.39mg/dl).
Admitido diagnóstico de PTT com plasmic score risco 5 (intermédio). Iniciada corticoterapia e plasmaferese com resposta inicial favorável. Observado posterior agravamento analítico e clínico, com descolamento seroso bilateral da retina e diminuição grave da acuidade visual. Efectuados pulsos de metilprednisolona e rituximab com melhoria clínica e analítica.
Conclusão:
A PTT é uma emergência médica e necessita de um alto índice de suspeição para o seu diagnóstico dado que a sua apresentação clínica é variável, inespecífica e por vezes atípica, sendo rara a manifestação da pêntade clássica. O diagnóstico e terapêutica precoces são cruciais para a melhoria da sobrevida. A investigação etiológica deve ser extensa, para que sejam excluídas eventuais doenças ou fatores de risco subjacentes. As manifestações oculares decorrentes da trombose microvascular são raras (ocorrem em menos de 20% dos doentes), sendo o descolamento seroso da retina a manifestação ocular mais frequente. A deteção precoce desta complicação permite o reajuste da terapêutica e evita consequências devastadoras como a amaurose permanente.

P n.º 1294

COVID19 e vasculite asssociada ao ANCA-MPO de novo

Antonio Eliseu(1);Francisca Santos(1);Margarida Agudo(1);Mafalda Figueira(1);Francisco Morgado(1);Pedro Freitas(1);Pedro Carreira(1);Susana Marques(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A infecção por SARS-CoV2 pode muito raramente despoletar vasculite associada ao ANCA de novo. Existem apenas alguns casos relatados na literatura.
Caso clínico: Sexo masculino, 76 anos, autónomo. Profissão: reformado, trabalhava na construção civil (contacto com poeiras inorgânicas). Residente em zona periurbana. Sem AP ou MH. HDA: Recorreu ao Serviço de Urgencia por astenia e cansaço com 15 dias de evolução e tosse com expectoração hemoptoica, toracalgia esquerda do tipo pleurítica com 3 dias de evolução. Negava febre. Na admissão ECD's: GSA(21%): pO2 75, Lac: 0.4; Rx Tórax com infiltrado bilateral perihilar; Lab: Hb: 9.6, Leuc: 15, Neut: 85.7%, PCR: 7.9, pCr: 9, Ureia: 221; PCR SARS-CoV2: negativo; TC-TAP: "Consolidações ema ambos os campos pulmonares poupando apenas o LM, com localização perihilar; hemorragia alveolar vs pneumonite de hipersensibilidade". Internado no Serviço de Medicina interna, contudo em 24h apresentou agravamento respiratório progressivo acabando por ser admitido na UCI. Foi colada a hipótese diagnóstica de Séndrome pulmão-rim, iniciou pulso de metilprednisolona e VMI. Realizou BFC compatível com hemorragia alveolar. ECD: Na admissão na UCI repetiu novamente PCR SARS-CoV2: POSITIVO (CT 18-25). Estudo de autoimunidade: ANCA-MPO POSITIVO, Anti-GBM: negativo, anti-dsDNA: negativo; Esteve dependente de TSFR durante 1 mês, acabando por recuperar diurese, estabilizando a função renal em pCr 4.5~. Optou-se por realizar terapêutica imunossupressora com 1ª Rituximab 1 g. Realizou doseamento perto da 2ª toma com CD19:0, com o IGRA ainda em curso, pelo que se optou por fazer em substituição da terapêutica com ciclofosfamida e corticoterapia em esquema de desmame. Realizou ainda profilaxia para pneumocistose. Apresentou melhoria clínica significativa acabando por melhorar da hemorragia alveolar e recuperar a diurese com função renal em estádio V sob vigilância apertada pela Nefrologia.
Conclusão: A infecção por SARS-CoV2 pode muito raramente despoletar vasculite associada ao ANCA de novo. Neste caso tratava-se de uma vasculite ANCA-MPO de novo, que melhorou da hemorragia alveolar, obteve recuperação parcial da função renal e diurese, com terapêutica imunosupressora (Rituximab e Ciclofosfamida) e corticoterapia sistémica (pulso e esquema de desmame)

P n.º 1298

Diabetes insipidus: “quando a hipernatremia não é só desidratação”

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Andreia Salgadinho(2);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
A etiologia da hipernatremia é frequentemente atribuída às perdas de água ou à diurese osmótica mas a diabetes insipidus é uma etiologia que não deve ser esquecida. A diabetes insipidus central (DIC) é uma doença rara caracterizada por poliúria, diminuição da osmolaridade urinária, aumento da osmolaridade séria e polidipsia. O tratamento é centrado na reposição da perda de água perdida e na administração de desmopressina, com monitorização cuidadosa do sódio sérico.
Caso clínico:
Homem de 66 anos, submetido a craniotomia esquerda para exerese de lesão ocupante de espaço e derivação ventriculo-peritoneal por pseudomeningocelo associado. Evolução com afundamento do estado de consciência (Escala de coma de Glasgow 3), pelo que se efectuou TAC cranioencefálica de reavaliação: sem complicações ou lesões de novo. Objectivada hipernatrémia grave (Na 163 mmol/L, com défice estimado de agua: 8L), assumida em contexto de desidratação grave. Iniciada fluidoterapia intensiva, sem melhoria da natremia e com poliuria associada (>200ml/h, 4L nas 24h) pelo que se pediu estudo que evidenciou osmolaridade sérica aumentada (321 mosmol/L) e osmolaridade urinária diminuída (157 mosmol/L). Admitido diagnóstico de diabetes insipidus neurogénico, iniciada vasopressina endovenosa, com melhoria clínica (para GCS 13-14, diurese normalizada), analítica (Na 144 mmol/L) e resolução do quadro.
Conclusão:
O diagnóstico precoce da DIC é fundamental dado que a hipernatremia associada pode conduzir a alteração grave do estado de consciência e eventualmente à morte. A ausência clínica de polidipsia contribui para o agravamento da hipernatremia porque impede a compensação fisiológica da água perdida. O tratamento com desmopressina é bastante eficaz mas deve ser cuidadosamente administrado dado que pode induzir hiponatremia, contribuir para o edema cerebral e causar lesão cerebral secundária.

P n.º 1299

Osteomielite: “quando uma lombalgia não é apenas só uma simples dor de costas”

Carolina Monteiro(1);Martim Trovão Bastos(1);Teresa Valido(1);Filipa Figueiredo(1);Clara Matos(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A osteomielite vertebral apresenta-se através de dor, febre e, se complicada, compromisso neurológico. Parâmetros inflamatórios elevados são sugestivos, mas a RM da coluna é o exame mais sensível para o diagnóstico. O isolamento do agente infeccioso é essencial para dirigir a antibioterapia. A cirurgia pode ser necessária se houver défices neurológicos, abcessos ou destruição óssea grave.
Caso clínico:
Homem de 54 anos, com diabetes mellitus mal controlada. Recorre ao serviço de urgência (SU) pela 3ª vez por quadro com 1 mês de dor lombar, com características mecânicas, incapacitante. Nas duas idas prévias ao SU teve alta medicado com analgésicos, sem efeito. Ao exame objectivo sem alterações.
Dos exames efectuados, destacam-se: Analiticamente: hemoglobina 10.9g/L, leucocitos 12.800x109/L, PCR 10mg/dl, VS 133 mm/h, PSA normal, serologia VIH negativa, Electroforese de proteínas com pico policlonal; RM dorso-lombar: alterações compatíveis com osteomielite D9-D10 e L3, alterações de L3 a L5 compatíveis com abcessos; Hemoculturas seriadas e urocultura: negativas
Admitido diagnóstico de osteomielite vertebral. O doente foi submetido a intervenção neurocirúrgica. Colhido exsudado purulento intra-operatoriamente, que revelou Staphilococus aureus sensível a oxacilina. Iniciada antibioterapia dirigida, com evolução favorável.
Conclusão:
A osteomielite vertebral pode ser um verdadeiro desafio diagnóstico por apresentar um curso indolente e sintomas inespecíficos, como se verifica no caso apresentado, no qual a lombalgia possui características mecânicas, sem febre. Este tipo de apresentação culmina frequentemente no atraso no diagnóstico e permite a progressão da doença e o desenvolvimento de complicações. Os achados laboratoriais são inespecíficos e nem sempre é possível encontrar foco óbvio de infecção primária ou bacteriemia. A pesquisa de agentes infecciosos mais atípicos não deve ser esquecida, assim como o rastreio de endocardite. A antibioterapia, a referenciação para a Neurocirurgia e o controlo do factor de imunossupressão devem ser precoces pelo impacto no prognóstico.

P n.º 1302

Dito de Hickam: a propósito de um caso de Lúpus Eritematoso Sistémico

António Epifânio Mesquita(1);Pedro Caiado Ferreira(1);Mariana Gaspar(1);Marta Carvalho(1);Miguel Pinheiro(1);Francisca Martins(1);Miguel Nunes(1);Miguel Martins(1);Madalena Lobão(1);Margarida Caldeira(1);Margarida Coelho(1);Catarina Patrício(1);Eduardo Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica que afecta predominantemente mulheres com menos de 50 anos. O diagnóstico em homens com mais de 60 anos é raro, mas deve ser considerado no contexto clínico certo.

Caso clínico
Homem de 73 anos recorreu a consulta de Medicina Interna com quadro com 1 mês de evolução de dermatose disseminada eritemato-descamativa. Tratava-se de doente hipertenso e fumador, com história de miocardiopatia dilatada isquémica com insuficiência mitral grave funcional e doença arterial periférica. Polimedicado no contexto das suas patologias, nomeadamente com diurético de ansa, mas sem medicação nova. Ao exame objectivo apresentava exantema maculopapular eritemato-descamativo, confluente, disseminado, com afecção particular das áreas foto-expostas (face, decote, pavilhões auriculares) e superfície extensora dos membros. Suspeita inicial foi quadro de toxidermia. Avaliação analítica revelou pancitopénia, sem critérios de hemólise, hipergamaglobulinémia policlonal e VS 60 mm/h. Análise sumária de urina sem hematoproteinúria. Estudo de pancitopénia sem causa nutricional, tóxica ou infecciosa determinada. Perante dermatose com padrão de fotossensibilidade e quadro inflamatório sistémico colocada hipótese de LES. Estudo imunológico com ANA+ 1/640 (mosqueado), Anti-dsDNA, Anti-SSA, Anti-SSB, Anti-Ro52KD, Anti-Ribossómico, Anti-Nucleossomas e anticorpos Antifosfolípidos positivos. Biópsia cutânea foi compatível com LES agudo/subagudo. Doente foi diagnosticado com LES de acordo com os critérios SLICC. Cumpriu tratamento com corticoide tópico com melhoria marcada das lesões cutâneas e iniciou terapêutica com Hidroxicloroquina.

Conclusão
John Hickam disse que “um doente pode ter tantas doenças quantas quiser”. Esta premissa diagnóstica surgiu como contrargumento à “Lâmina de Occam”. No caso descrito, a clínica de dermatose com padrão de fotossensibilidade faria privilegiar a hipótese de toxidermia, num doente polimedicado. No entanto, os achados sugestivos de inflamação sistémica obrigaram a uma revisão do diagnóstico diferencial, com a hipótese de LES à cabeça. Num doente com mais de 70 anos e múltiplas comorbilidades, o caso apresentado pelos autores representa bem o Dito de Hickam.

P n.º 1304

Necrose da gordura epicárdica: uma causa rara de dor torácica

A.Beatriz Ferreira(1);M.João Moura(1);Sofia Marques Silva(1);Carolina Soares Lopes(1);Sara Vale Araújo(1);Andreia sá Lima(1);Liliana Carneiro(1);Cristina Rosário(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças raras

Introdução: A dor torácica corresponde a cerca de 5% do total de idas ao serviço de urgência (SU), tendo várias etiologias desde causas benignas até causas life-threatening, com necessidade de tratamento urgente. A necrose da gordura epicárdica é uma causa de dor torácica poucas vezes equacionada e subdiagnosticada.
Caso clínico: Doente de 44 anos, sexo feminino, autónoma e cognitivamente integra, recorreu ao SU por dor precordial e inframamária direita de caraterísticas pleuríticas com início na madrugada do dia anterior. Negava exercício físico extenuante, referia trauma físico há cerca de um mês, após ter sofrido tentativa de estrangulamento. Sem outra sintomatologia associada.
À observação apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, eupneica em ar ambiente e sem alterações ao exame físico. Realizou eletrocardiograma e estudo analítico, sem alterações. Realizou tomografia torácica que evidenciou necrose da gordura epicárdica à direita, tendo sido internada para esclarecimento do achado. Durante o internamento fez ecocardiograma transtorácico que não apresentou alterações da função cardíaca e ressonância magnética torácica que confirmou os achados previamente encontrados.
O controlo álgico foi conseguido com ibuprofeno 600mg e tapentadol 50mg. Teve alta com melhoria da sintomatologia, indicação para terapêutica de controlo da dor e reavaliação em consulta externa.
Discussão: Os autores salientam este caso pela sua raridade e pretendem alertar para a necessidade de ponderar o diagnóstico diferencial de necrose da gordura epicárdica nos casos de dor torácica de causa não esclarecida. É uma etiologia facilmente diagnosticada e cujo tratamento simples, proporciona uma melhoria significativa na qualidade de vida dos doentes.

P n.º 1308
CUIDADO COM AS LIMPEZAS!

João Filipe Félix Vieira Afonso(1);Joana Castro Vieira(1);Mariana Simão Magalhães(1);Rafael Oliveira(1);Manuel Calapez Xavier(1);Nuno Oliveira(1);Ana Filipa Rodrigues(1);Isabel Maldonado(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A leptospirose é uma zoonose, com transmissão pela exposição a urina de animais e terra/água contaminada. Tem uma apresentação clinica variável, geralmente bifásica. Há uma forma anictérica, com sintomas ligeiros, e uma forma ictérica, mais grave, que pode levar a falência multiorgânica.
Caso clínico: Homem, 77 anos, autónomo. Com antecedentes de hábitos etanólicos e tabágicos moderados, negando medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por “coloração amarela” de pele e mucosas, acompanhada de urina “cor vinho do Porto” e astenia com 2 dias de evolução, negando febre, vómitos e náuseas. À observação: ictérico, sem outras lesões cutâneas, com dor à palpação de hipocôndrio direito e epigástrio, sem organomegálias, sem ascite, hemodinamicamente estável. Analiticamente: leucócitos 16000/uL, hemoglobina 14.6g/dL, plaquetas 19000 uL, creatinina 4.93mg/dL, ureia 137mg/dL, albumina 2.8g/dL, bilirrubina total 20.2mg/dL, bilirrubina direta 16.9mg/dL, AST 113U/L, ALT 130U/L, GGT 41U/L, fosfatase alcalina 127U/L, PCR 14.6mg/dL. Exames de imagem tórax e abdómen sem alterações. Autoimunidade e serologias VHC, VHB, HIV, EBV negativos. Urocultura e Hemocultura negativos. Durante o internamento instalou-se ainda insuficiência respiratória tipo 1, sem alterações imagiológicas do tórax. Após colheita de história clinica mais detalhada, refere que não tem animais, mas que vive no campo, tendo estado a limpar o casebre, onde existiam fezes de ratos. Procedeu-se a estudo molecular para deteção de Leptospira (que confirmaria suspeita diagnóstica) e iniciou terapêutica empírica com Penicilina que manteve, com boa resposta e evolução.
Discussão: A anamnese detalhada é essencial e insubstituível para a abordagem diagnóstica. O diagnóstico molecular da leptospirose deve ser feito o mais precocemente possível, permitindo o inicio do tratamento, dado a possível progressão rápida para falência multiorgânica.

P n.º 1318

Febre e dor cervical – sintomas comuns enquanto manifestação de patologia incomum

FABIO pe d ARCA BARBOSA(1);Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Anilda Barros(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A tiroidite de de Quervain não tem uma etiologia única, havendo associações a quadros virais prévios, enquadrando-se num processo inflamatório pós-viral. É uma entidade incomum, com uma evolução típica, devendo os médicos assistentes estar familiarizados com o quadro. O caso apresentado diz respeito à abordagem de um síndrome febril numa doente com hipertiroidismo, em que foi diagnosticada com tiroidite de de Quervain.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 72 anos com antecedentes pessoais de nódulos tiroideus, sem outras patologias de relevo. Admitida por quadro de febre, palpitações, odinofagia, mialgias e dor cervical à palpação tiroideia, tendo já realizado em ambulatório terapêutica com antibioterapia e analgesia. Durante o internamento, analiticamente com padrão de hipertiroidismo primário e aumento da velocidade de sedimentação com estudo imunológico tiroideu negativo. Realizou ecografia tiroideia e cintigrafia tiroideia que revelou padrão de captação sugestivo de tiroidite. Iniciada terapêutica com propranolol com melhoria da sintomatologia. No seguimento em ambulatório com resolução espontânea do quadro de hipertiroidismo, encontrando-se em eutiroidismo.

Discussão: A associação do processo inflamatório da tiroidite de de Quervain a um processo infeccioso prévio ou atual é típica, tratando-se de um diagnóstico clínico, podendo ser assumido se a resolução do quadro de dor à palpação tiroideia coincidir com a resolução do hipertiroidismo. A realização de cintigrafia tiroideia ajuda a confirmar o diagnóstico. O tratamento é sintomático e o seguimento destes doentes é essencial para confirmação da evolução benigna, confirmando o diagnóstico.

P n.º 1319

Vareniciclina e consumo de álcool - efeitos adversos neuropsiquiátricos

Antonio Eliseu(1);Maria Lima(1);Aissato Cassama(1);Paula Lopes(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A vareniciclina é um fármaco utilizado na terapêutica de cessação tabágica. Podem surgir efeitos adversos neuropsiquiátricos, como epilepsia, alteração do comportamento e heteroagressividade. A agência americana do medicamento (FDA) em 2015, emitiu um comunicado a avisar sobre o risco de efeitos adversos neuropsiquiátricos, existindo um risco aumentado se associado ao consumo de álcool.
Caso clínico: Sexo masculino, 56 anos, autónomo; AP: HTA, Hábitos tabágicos: 40 UMA e hábitos etanólicos moderados; MH: Ibesartan+HCTZ HDA: Seguimento em consulta de cessação tabágica desde há 2 semanas, tendo iniciado terapêutica com pensos de nicotina transdérmico 21 mg/dia e vareniciclina(champix) 1 mg bid. Durante este período o doente manteve consumos de álcool. Recorreu ao Serviço de Urgencia por alteração do estado de consciência associado movimentos tónico-clónicos generalizados (presenciado apenas pela esposa), compatível com eventual crise convulsiva inaugural. Na admissão: GCS 14, sonolento, mas despertável, discurso confuso (compatível com estado pós-ictal), força muscular mantida em todos os membros, pupilas isocóricas e isoreactivas. ECD: TC-CE: sem alterações isquémicas ou hemorrágicas agudas, analiticamente sem alterações iónicas, função renal normal e parâmetros inflamatórios negativos. Durante a permanência no Serviço de Urgencia 4h após a admissão inicia quadro de heteroagressividade extrema com necessidade de terapêutica antipsicótica e sedativa com haloperidol I.M. e Midazolam IM. Permaneceu no Serviço de urgencia para vigilância, sem registo de mais crises e sem memória para o sucedido. Teve alta com indicação para suspensão de varenciclina, hábitos etanólicos e reagendamento de consulta de cessação tabágica. O doente não apresentou mais episódios neuropsiquiátricos após suspensão do fármaco.
Conclusão: A vareniciclina pode estar associada a efeitos adversos neuropsiquiátricos, existindo um risco aumentado se associado ao consumo de álcool. Em caso de surgimento destes efeitos adversos a terapêutica deve ser suspensa. Deve ser ainda evitada a realização desta terapêutica em doentes com consumos etanólicos regulares.

P n.º 1321

Síndrome de Horner parcial como apresentação de dissecção da artéria carótida interna

Ana Tenreiro(1);João Figueira(1);João Carapinha(1);Diogo Duarte Dias(1);Diogo Canudo(1);Susana de Carvalho(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Horner resulta de uma lesão das fibras simpáticas que se caracteriza por: ptose, miose e anidrose da hemiface ipsilateral ao local afetado. Entre as causas mais comuns encontra-se a dissecção da carótida interna - etiologia a considerar em doentes jovens que sofrem acidentes vasculares cerebrais.
O caso clínico apresentado trata-se de homem de 50 anos, optometrista de profissão, que recorreu ao serviço de urgência por ter constatado anisocoria (pupila esquerda miótica) assim como ptose palpebral à esquerda, associadas a cefaleia frontoparietal hemicraniana esquerda constante, de início 3 dias antes. Para estudo etiológico da síndrome de Horner parcial, realizou-se angiotomografia axial computorizada de crânio, tendo-se constatado dissecção da artéria carótida interna esquerda. O doente foi internado para estudo, tendo realizado arteriografia cerebral que veio apoiar o diagnóstico prévio, revelando dissecção arterial do segmento cérvico-petroso da artéria carótida interna esquerda, com pseudoaneurisma no corpo vertebral de C1. O doente teve alta clínica mantendo as alterações neurológicas supra-citadas e manteve seguimento em consulta. Em estudo de seguimento constatou-se aumento das dimensões do pseudoaneurisma, motivo pelo qual se optou por terapêutica endovascular com colocação de 2 stents. No pós-operatório o doente apresentou recuperação total da Síndrome de Horner parcial, mantendo-se sem ptose e pupilas isocóricas.
Como conclusão, o caso clínico apresentado representa doente relativamente jovem que apresentou Síndrome de Horner parcial como forma de apresentação de dissecção da artéria carótida interna. Esta síndrome pode apresentar diversas etiologias, sendo essencial a sua identificação e exclusão de causas potencialmente fatais como a descrita

P n.º 1323

Tricoleucemia variante: A Propósito de um caso

Ana Tenreiro(1);João Figueira(1);João Barros(1);Sandra Lucas(1);Diogo Canudo(1);Susana de Carvalho(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças hematológicas

A tricoleucemia variante, antes assumida como um tipo raro de tricoleucemia clássica, é atualmente considerada uma entidade totalmente diferente desta. Sendo ambas neoplasias de células linfóides tipo B maduras, apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. O correto diagnóstico da tricoleucemia variante é fundamental, uma vez que esta entidade se associa a um pior prognóstico e não responde ao tratamento convencional da tricoleucemia clássica. Descreve-se um caso raro de tricoleucemia variante que enfatiza a importância do diagnóstico diferencial entre as duas entidades.
Mulher de 83 anos com antecedentes de hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. Encaminhada ao serviço de Urgência por quadro de vómitos, prostração e perda da capacidade de marcha de instauração progressiva. No exame objetivo identificou-se volumosa esplenomegalia e edema distal dos membros inferiores bilateral com sinal de Godet presente. Analiticamente com bicitopénia com anemia macrocítica e trombocitopenia, leucocitose com monocitose e identificação de blastos, lesão renal aguda e infeção do trato urinário. Na morfologia de sangue periférico identificaram-se células com características híbridas entre pró-linfocitos e células pilosas. A imunofenotipagem de sangue periférico identificou expressão negativa para CD25. Foi realizado estudo da mutação BRAFV600, habitualmente presente na tricoleucemia clássica, com resultado negativo, tendo-se assim assumido o diagnóstico de tricoleucemia variante.
Apesar da tricoleucemia variante ser uma entidade extremamente rara, o diagnóstico diferencial entre esta e a tricoleucemia clássica é fundamental. A morfologia e imunofenotipagem de sangue periférico ou medula óssea têm especial relevância, mas particularmente a pesquisa da mutação BRAFV600 que permite diferenciar as duas patologias.

P n.º 1328

Doença de Paget e Linfoma não Hodgkin: uma combinação improvável

Ana Teixeira Reis(1);Alexandra Gaspar(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças oncológicas

A doença de Paget do osso caracteriza-se por alterações na remodelação óssea. Pode ser assintomática, porém a principal manifestação é a dor óssea. Geralmente afeta o crânio, pélvis, fémur, tíbia e coluna. Faz diagnóstico diferencial com doença metastática, osteomalácia e osteosarcoma. O tratamento está indicado sobretudo em doentes sintomáticos com fosfatase alcalina aumentada. A primeira linha terapêutica são os bifosfonatos.
Mulher de 63 anos, com antecedentes pessoais de Síndrome da Apneia Obstrutiva do sono, Histerectomia total, Fibrilhação auricular submetida a ablação. Medicada com esomeprazol, atorvastatina e sertralina. Doente referenciada à consulta de doenças osteometabólicas por um quadro de dor na anca direita com dois anos de evolução. Ao exame objetivo apresentava adenopatia inguinal direita com 5x3 cm. Analiticamente apresentava uma hemoglobina 11, velocidade de sedimentação 40, défice de ferro e vitamina D, saturação da transferrina 9.1%, ferritina 368, LDH 334, fosfatase alcalina 185. Eletroforese de proteínas normais, imunofixação das proteínas no soro sem evidência de gamapatia monoclonal. Realizou radiografia pélvica e cintigrafia óssea que demonstrou aspetos sugestivos de doença de Paget no ilíaco direito. Realizou tomografia computorizada com alteração da morfoestrutura óssea do ilíaco direito, com componente de partes moles necrótico associada a adenopatias retro-peritoneais. Realizou biópsia excisional de gânglio inguinal que revelou linfoma difuso de grandes células B, do tipo centro germinativo. Realizou biópsia da medula óssea que demonstrou tecido osteomedular, sem infiltração por Linfoma e sem outras particularidades. A doente foi referenciada à consulta de hematologia e iniciou tratamento de quimioterapia.
A Doença de paget apresenta potencial de malignidade, apesar de raros os osteossarcomas fazem parte do diagnóstico diferencial. Com a descrição deste caso procuramos alertar, uma vez mais, para uma anamnese e exame objetivos completos.

P n.º 1329

Tromboembolismo pulmonar no Serviço de Urgência – importância da ecografia point-of-care

Elisabete Brum de Sousa(1);Luís Reis(1);Daniela Carneiro(1)
(1) CHULC – H Capuchos

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O tromboembolismo pulmonar (TEP) e´ uma causa significativa de mortalidade cardiovascular. Apesar dos avanc¸os em te´cnicas de diagno´stico e terapêutica, o seu diagnóstico atempado continua a ser difícil, quer pela inespecificidade semiológica, quer pelo tempo que medeia a agilização de métodos de diagnóstico laboratoriais e imagiológicos. Perante TEP com instabilidade hemodinâmica, a ecografia point-of-care pode ser uma importante arma complementar ao diagnóstico, a fim de iniciar terapêutica de forma atempada.
Apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de dispneia a pequenos esforços e toracalgia anterior com 1 semana de evolução. Tinha antecedentes de polipose endometrial e menometrorragias, pelo que estava medicada com anticoncecional oral. À avaliação, apresentava polipneia, spO2 90%, FC120bpm e TA:105/77mmHg. Do estudo inicial constatou-se hipoxémia e hipocápnia na gasimetria arterial; laboratorialmente, elevação de d-dímero (3141µg/L) e troponina (49pg/mL); taquicárdia sinusal e padrão S1Q3T3 no ECG. A AngioTC-Torácica revelou TEP central bilateral. O quadro evoluiu com instabilidade hemodinâmica e agravamento da hipoxémia. O ecocardiograma transtorácico point-of-care identificou aumento das dimensões do ventrículo direito com D-shape e sinal de McConnell. Perante a evolução clínica e achados em ecocardiograma, com sinais de sobrecarga do ventrículo direito, a doente foi submetida a fibrinólise, sem intercorrências. No estudo complementar não foram identificados outros factores pró-trombóticos, nomeadamente neoplasias, para além do uso do anticoncecional oral. A doente teve alta ao 10º dia de internamento com bom estado geral, sob anticoagulação oral, encaminhada para seguimento em consulta de Medicina Interna. Seis meses após alta hospitalar, na reavaliação por ecocardiograma descritivo, apresentava boa função sistólica global e ausência de hipertensão pulmonar. Este caso ilustra a importância do diagnóstico atempado de TEP, bem como da sua estratificação de risco.
A utilização da ecografia point-of-care, nomeadamente no SU, proporciona ao clínico de uma forma rápida e não invasiva a identificação de sinais de gravidade associados ao TEP, que devem ser tidos em consideração na abordagem terapêutica destes doentes.

P n.º 1332

Importância da vigilância especializada em gravidas com estenose mitral severa

Micaela Nunes Sousa(1);Pedro Silva e Reis(1);Ana Azevedo(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Pedro Simões(1);Filipa Rodrigues(1);Sandra Raquel Sousa(1);Rita Diz(1);Helena Mauricio(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças cardiovasculares

A estenose mitral tem com causa mais comum em idade jovem a febre reumática. A incidência nos países desenvolvidos é de 1/100,000 e é mais comum em doentes do sexo feminino. Estenose clinicamente significativa define-se por área valvular mitral ≤1,5 cm2.
Doente de 25 anos, com antecedentes de estenose mitral severa, submetida a valvuloplastia aos 12 anos, sem medicação habitual, sem acompanhamento em consulta especializada. Antecedentes ginecológicos, uma gravidez recente, há cerca de 7 meses, com parto por cesariana. Gravidez acompanhada por Médico de Familia e Ginecologia/Obstetricia. Recorre ao SU por astenia e dispneia para médios esforços com cerca de 7 meses de evolução, após parto por cesariana, com agravamento progressivo para pequenos esforços há 2 meses. Associadamente refere ortopneia e dispneia paroxística noturna. À observação, reforço de S2 na auscultação cardíaca. Sem edemas dos membros inferiores. Eletrocardiograma sem alterações. Analiticamente, BNP de 284 pg/nL. Radiografia tórax com padrão de estase. Com ligeira insuficiência respiratória associada. Ecocardiograma mostra dilatação grave da aurícula esquerda, estenose severa válvula mitral, com área 0,83 cm2 e padrão reumático, hipertensão pulmonar com PSAP de 66 mmHg, FEVE conservada. Encaminhada para o serviço de Cardiologia, com internamento para estabilização clínica e orientada para consulta de cirurgia cardiotorácica para correção cirúrgica.
A orientação da estenose mitral severa passa, na grande maioria dos casos, por intervenção cirúrgica. O follow-up anual está reservado para os doentes com estenose mitral significativa assintomáticos e que não apresentem sintomas em reavaliação por ecocardiograma de stress. A gravidez não está recomendada em casos de estenose mitral significativa, especialmente se área valvular <1cm2 sem correção prévia. Numa doente grávida com antecedentes de patologia valvular mitral severa, deverá ter seguimento em consulta de cardiologia durante e após a gravidez, pois os estados de hipervolémica associados à gravidez e ao parto podem levar a descompensação da patologia.
Neste doentes, a história clínica, exame objetivo e ecocardiograma são fundamentais para um diagnóstico preciso e precoce, com objetivo de priorizar o tratamento.

P n.º 1336

Um verdadeiro caso de coração partido

Micaela Nunes Sousa(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Pedro Simões(1);Filipa Rodrigues(1);Sandra Raquel Sousa(1);Rita Diz(1);Helena Maurício(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças cardiovasculares

Miocardiopatia de Takotsubo é uma forma reversível de cardiomiopatia. Imita um syndrome coronário agudo (SCA) e é caracterizado por uma disfunção diastólica após stress físico ou emocional e é mais frequente em mulheres pós-menopausa. O diagnóstico e baseado na sintomatologia, aumento dos marcadores de necrose miocárdica (MNM), alterações compatíveis com SCA de novo no ECG e acinésia vertricular apical, mas com coronarioangiografia normal.
Mulher de 85 anos, sem antecedentes de relevo. Vivia com o marido, que faleceu na semana anterior. Recorreu ao SU por queixas de lombalgia súbita com 6 horas de evolução. ECG mostrava bloqueio fascicular e inversão da onda T de novo em DII, aVF e V4-V6. Troponina de 1456ng/mL, CK de 554U/L e CK-MB de 39U/L. Tendo em conta estes achados, foi considerado SCA sem elevação de ST, tendo começado antiagregação. Doseamentos subsequentes dos MNM com decréscimo. Realizado ecocardiograma com disfunção ventricular esquerda e FEVE de 38% por acinésia da parede anterior. Coronarioangiografia sem alterações de relevo, tendo sido feito o diagnóstico de miocardiopatia de Takotsubo. Boa evolução clínica no internamento, tendo alta orientada para consulta de caridologia. Repetiu ecocardiograma com FEVE de 50%.
Apesar de ter bom prognóstico, a miocardiopatia de Takotsubo ainda é desconhecida. Mais estudos e relatos de caso são necessários para maior conhecimento da sua fisiopatologia, tratamento e prognóstico. O tratamento é essencialmente de suporte, com tendência a resolução espontânea e reversão do quadro clínico dentro de dias a semanas.

P n.º 1344

Embolização paradoxal através de foramen ovale patente

Leandro Valente(1);Inês Farinha(1);Lurdes Correia(1);Adélia Simão(1);Armando Carvalho(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O foramen ovale patente (FOP), fundamental durante a gestação, pode persistir até à idade adulta em cerca de 20 a 30% dos casos. Nesta situação, por criar um shunt direito-esquerdo, pode tornar-se problemático se ocorrer trombose venosa profunda (TVP), com risco de embolização paradoxal para a circulação sistémica, sendo uma das causas de acidentes vasculares cerebrais (AVC) criptogénicos.
Caso clínico: Homem de 63 anos, autónomo, levado ao Serviço de Urgência por quadro de afasia e hemiparésia direita, identificando-se AVC isquémico do território da artéria cerebral média (ACM) esquerda. Tinha história de TVP há 3 meses e foi anticoagulado com rivaroxabano que não estava a cumprir. Para estudo etiológico de AVC fez doppler transcraniano que revelou shunt direito-esquerdo, com identificação posterior em ecocardiograma transesofágico de FOP, tendo atempadamente iniciado anticoagulação. Por suspeita de embolia pulmonar, realizou angio-TC torácica, que revelou múltiplas alterações parenquimatosas, adenopatias e lesões ósseas, suspeitas de serem secundárias a processo neoplásico. A PET revelou consolidação hipermetabólica pulmonar esquerda e envolvimento hipermetabólico gástrico, ganglionar supra e infra diafragmático e múltiplas lesões ósseas. Apesar de extenso estudo etiológico, não foi possível identificação inequívoca do tumor primário, e durante o internamento, apesar da anticoagulação prescrita, o doente desenvolveu novos eventos isquémicos, nomeadamente AVC da ACM direita e enfarte esplénico. Verificou-se agravamento progressivo da situação clínica tendo acabado por falecer.
Discussão: Com este caso pretende-se ilustrar a necessidade de pesquisa de FOP no estudo de AVC criptogénico. Por outro lado, a identificação de enfartes em múltiplos territórios deve fazer suspeitar de um estado protrombótico, nomeadamente em contexto de neoplasia. Neste doente parece ter havido a co-existência destes fatores tornando a gestão da situação particularmente difícil.

P n.º 1345
Quando o baço nos dá problemas!
Leonor Gama(1);Pedro Laranjo(1);Filipe Dias(1);Rui Seixas(1);Josiana Duarte(1);Henrique Rita(1)
(1) Hospital do Litoral Alentejano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO O Streptococcus pneumoniae coloniza as vias aéreas superiores de forma assintomática. Pode causar infeções que se dividem em não invasivas e em invasivas, sendo esta a forma mais grave. A doença pneumocócica invasiva (DPI), é definida quando existe a presença deste microorganismo no sangue ou no líquido cefalorraquidiano, locais onde habitualmente não existe a sua presença. CASO CLÍNICO Homem, 80 anos, com antecedentes de LLC-B sem critérios para tratamento citorredutor e ADC da próstata sob tratamento. Foi admitido no SU por quadro de dor abdominal, tipo pontada, localizada nos quadrantes esquerdos, associada a aumento gradual do perímetro abdominal, vómitos aquosos, obstipação e dispneia com 2 meses de evolução, com agravamento nos últimos 2 dias. Febril, taquicárdico, hipotenso com PAM 55 mmHg, polipneico e com abdómen distendido, doloroso à palpação e com esplenomegalia homogénea palpável até à FIE. Analiticamente com SIRS analítico, anemia normo/normo Hb 7,1 g/dl, retenção azotada patológica e acidose metabólica compensada. Internou-se no S. de Medicina com a suspeita de sepsis de ponto de partida indeterminado iniciando-se ATB empírica com PiperacilinaTazobactam. Durante o internamento, evolução desfavorável do padrão ventilatório com necessidade de suporte com ventilação não invasiva. Agravamento das queixas abdominais com evolução para abdómen agudo. Realizou TC TAP do qual se destaca volumosas adenopatias dispersas e esplenomegalia acentuada. Deste modo, foi submetido a laparotomia exploradora, tendo-se constatado peritonite purulenta de provável ponto de partida em abcessos esplénicos com enfarte séptico do baço, pelo que foi submetido a esplenectomia. Dos exames microbiológicos realizados, foi isolado S. pneumoniae nos 2 sets de hemoculturas. Cumpriu ATB dirigida com Penicilina G 24.000.000 UI/dia com evolução clínica favorável. DISCUSSÃO O S. pneumoniae pode invadir o sistema hematológico e disseminar-se, podendo ser causa de peritonite. Os abscessos esplênicos são considerados uma entidade rara, mas potencialmente fatal, principalmente em doente com fatores de risco como os imunodeprimidos. Os autores, pretendem relembrar as graves consequências desta doença e alertar para a importância da vacinação contra este organismo,principalmente nos grupos de risco.

P n.º 1351

Rim Bipolar: Diabetes Insipidus e Acidose Tubular Renal induzidas pelo Lítio

Francisco Sousa(1);Catarina Teles Neto(1);João Gouveia(1);Daniano Caires(1);Carolina Cardoso(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças renais

Introdução:
O Carbonato de Lítio (LT) é um fármaco de primeira linha no tratamento da Perturbação Bipolar utilizado há várias décadas pela sua eficácia. Cerca de 15 a 20% dos doentes sob terapêutica com LT apresentam Diabetes Insipidus (DI) nefrogénica por dessensibilização dos recetores aquaporina II. A Acidose Tubular Renal (ATR) distal é uma complicação bem menos frequente.
Caso clínico:
Sexo feminino, 57 anos com antecedentes pessoais de perturbação bipolar medicada com LT. Recorre ao serviço de urgência por lentificação psicomotora, cefaleia holocraneana, lombalgia à direita, tenesmo vesical e poliúria. Analiticamente apresentava aumento de parâmetros inflamatórios e uma lesão renal aguda.
Internada com o diagnóstico de pielonefrite e lesão renal aguda, medicada com cefuroxime.
Durante o internamento verificou-se uma diurese diária de cerca de 6000cc, associado a polidipsia. Analiticamente, registou-se hiperosmolaridade sérica e hiposmolaridade urinária. Foi realizada prova de restrição hidríca e terapêutica com desmopressina. Medições seriadas da osmolaridade urinária confirmaram o diagnóstico de DI. Na gasimetria, a doente apresentava uma acidose metabólica com anion gap normal e hipercloremia, sendo colocada a hipótese de ATR.
Após suspensão do LT verificou-se uma melhoria da polidipsia e poliúria e normalização dos valores de bicarbonato. Foi iniciado valproato de sódio e hidroclorotiazida.
Discussão:
Neste caso clínico é possível verificar que sintomas que poderiam ser atribuíveis apenas a uma causa infeciosa teriam na realidade uma outra explicação. A chave neste caso foi perceber a existência de um aumento do débito urinário, poliúria, muitas vezes termo erradamente utilizado para aumento da frequência urinária.
Em doentes medicados com LT deverá ser sempre avaliada a presença de sinais e sintomas de DI, sendo que muitas vezes a mera suspensão do fármaco é curativa.

P n.º 1354
Idosos: um desafio no Serviço de Urgência
Mariana Baptista(1);Inês Pereira(1);Guilherme Jesus(1);Rosélia Lima(1);Rafaela Veríssimo(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A população idosa recorre frequentemente ao Serviço de Urgência (SU), no entanto, devido ao nível de fragilidade ou comorbilidades de muitos idosos, nem sempre é possível obter uma boa história clínica, sendo o desafio realizar um diagnóstico correcto.
Caso Clínico: Sexo feminino, 74 anos, residente em lar, com demência, epilepsia, glaucoma e osteoporose e medicada para as referidas patologias. Enviada pelo lar ao SU por sonolência/lentificação psicomotora, pressão arterial (PA) de 101/57mmHg e frequência cardíaca (FC) de 62bpm. Realizados exames, concluindo-se cistite aguda, medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e reforço de hidratação oral. Dois dias depois, volta ao SU, novamente por hipotensão, sonolência/lentificação psicomotora e tonturas. Apurando a anamnese, descrição de episódios de pré-síncope e tonturas há várias semanas. Ao exame objetivo, desidratada, PA:89/57mmHg FC: 35-40bpm, eletrocardiograma com bradicardia sinusal, correspondendo as frequências mais baixas a ritmo juncional. Recuperação intermitente no SU com frequências acima de 60 bpm, constatada melhoria do estado de consciência e das tonturas referidas pela própria. Colocou-se a hipótese de doença do nó sinusal com provável bloqueio sino-auricular, agravada com o uso de timolol em colírio. Discutido caso com Cardiologia e decidida colocação de pacemaker definitivo para controlo da FC e sintomas.
Discussão: Muitas vezes os idosos dão entrada no SU com queixas inespecíficas de diminuição do nível de consciência, podendo ser múltiplas as suas causas. Frequentemente enquadramos estas queixas em quadros de infeções aguda, no entanto, é importante colher uma história clínica completa, esclarecendo a medicação realizada, especialmente em idosos com múltiplas vindas ao SU, pois estas queixas poderão dever-se a patologias com um tratamento específico que melhorarão a qualidade de vida do idoso e reduzirão o seu número de idas ao SU.

P n.º 1357

Lesão Ocupante de Espaço Intracraniana – 5 casos clínicos

Isabel Marques Correia(1);Patrícia Carvalho(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As lesões ocupantes de espaço (LOE) intracranianas têm um espectro de apresentação clínica semelhante, apesar da sua etiologia variar entre lesões neoplásicas primárias ou secundárias, infeciosas, inflamatórias, vasculares e traumáticas. Descrevemos 5 casos clínicos ilustrativos.
Caso 1: Doente que se apresentou com cefaleia, alteração do comportamento, desorientação e afasia com 6 meses de evolução. A ressonância magnética (RM) crânio-encefálica (CE) identificou uma LOE sugestiva de glioblastoma. Iniciou radioterapia paliativa.
Caso 2: A apresentação consistiu em perda ponderal com 6 meses de evolução, cefaleia, ataxia apendicular e marcha de base alargada desde o mês anterior. Fez-se o diagnóstico inaugural de infeção VIH e a RM-CE identificou LOE compatíveis com neurotoxoplasmose. Iniciou antimicrobianos e antirretrovirais.
Caso 3 Doente com hemiparesia de predomínio braquial com agravamento progressivo, lentificação psicomotora e alteração do comportamento no mês anterior e depressão do estado de consciência recente. A RM-CE identificou LOE sugestiva de natureza secundária. O doente faleceu após este achado.
Caso 4: A apresentação consistiu em afasia e alteração de comportamento com 1 dia de evolução. A RM-CE identificou LOE compatíveis com metastização cerebral. O diagnóstico primário foi de carcinoma de pequenas células. Fez radioterapia cerebral. Teve progressão das LOE e faleceu.
Caso 5: O doente apresentou desorientação com 1 dia de evolução. A RM-CE identificou LOE compatíveis com metastização cerebral. Foi identificada neoplasia renal plurimetastizada. A proposta de radioterapia não foi concretizada por ocorrência de acidente vascular cerebral com morte subsequente.
Discussão: Nos casos apresentados é transversal a presença de sintomas generalizados. A clínica focalizadora pode sugerir a localização da LOE mas não a sua etiologia. A correlação clínica, analítica e imagiológica é fundamental para se atingir o diagnóstico da LOE, do qual depende a proposta terapêutica, tão vasta como as suas diferentes causas.

P n.º 1363

Síndrome Pulmão-Rim em contexto de Poliangeíte Microscópica

Flávia Fundora Ramos(1);Catarina Pinto Silva(1);Luis Augusto Cardoso(1);Rita Sevivas(1);José Miguel Ferreira(1);Carolina Veiga(1);Pilar Barbeito Barral(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: As vasculites são um grupo heterogéneo de doenças que resultam numa reação inflamatória imunológica com dano nas paredes dos vasos sanguíneos. Podem causar falência orgânica ou morte, daí diagnóstico e tratamento atempados serem necessários.
Caso Clínico: Homem de 75 anos, com antecedentes de síndrome metabólica, doença renal cronica, adenocarcinoma da próstata e anemia em estudo. Recorre ao Serviço de Urgência por astenia e dispneia com meses de evolução e episódio de hemoptise em pequena quantidade após acesso de tosse. Sem outras perdas hemáticas objetivadas. Ao exame objetivo, pálido, hipertenso, taquicárdico e com hipoxia em ar ambiente. Analiticamente destaca-se anemia normocitica normocromica grave, ureia/creatinina 180/4,19 mg/dL, ferropenia, velocidade de sedimentação 130 mm, imunoglobulinas normais, haptoglobina aumentada, Coombs negativos, proteína C reativa aumentada e ainda rácio proteína/creatinina na gama nefrótica. RaioX tórax com infiltrado heterogéneo no campo pulmonar direito e tomografia computorizada a evidenciar hemorragia alveolar difusa, com processo infecioso sobreposto. Realizada transfusão sanguínea e iniciada antibioterapia. Em D2 de internamento, agravamento clinico, iniciando pulsos de metilprednisolona pela suspeita de Síndrome Pulmão-Rim (SPR) em contexto de possível vasculite, transferindo-se o doente para os cuidados intensivos onde inicia plasmaferese, e evolui favoravelmente. À posteriori, resultado de restante estudo com Anticorpo Anti-Citoplasma do Neutrófilo mieloperoxidase (p-ANCA) positivo, assumindo-se diagnóstico de poliangeíte microscópica (PM). Discussão: A PM é uma vasculite de pequenos vasos p-ANCA positivo, que se apresenta maioritariamente com SPR podendo evoluir rapidamente em glomerulonefrite e hemorragia alveolar. O tratamento depende da gravidade da doença e por isso é essencial agir atempadamente para garantir o tratamento diferenciado destes doentes.

P n.º 1366
Síndrome Platipneia-Ortodeoxia

Andreia Coutinho(1);João Correia Cardoso(1);Bernardo Silvério(1);Joana Tender Vieira(2);Maria Teresa Brito(2);Fernando Friões(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO
A síndrome platipneia-ortodeoxia caracteriza-se por dispneia e hipoxemia que ocorrem apenas no ortostatismo. Está mais comummente associada a defeitos do septo interauricular, como o foramen ovale patente (FOP), mas pode também ocorrer noutras situações de shunt (pulmonar ou intra-cardíaco direito-esquerdo) e/ou alteração da ventilação-perfusão. Habitualmente ocorre quando há aumento da pressão na auricular direita, mas mais raramente pode ocorrer em casos de pressão normal e persistência da válvula de Eustáquio.

CASO CLÍNICO
Homem de 84 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Recorre ao serviço de urgência por dispneia súbita aquando de passagem da posição sentado para ortostatismo; já tinha tido episódio de urgência pelo mesmo motivo 3 meses antes. Objetivada insuficiência respiratória hipoxémica grave no doente sentado ou em ortostatismo, com necessidade de fração inspirada de oxigénio elevada e suporte ventilatório não invasivo, que melhorava com decúbito; sem causa etiológica evidente, sem outras alterações clínicas major (excluídas alterações pleuroparenquimatosas, tromboembolismo pulmonar, insuficiência cardíaca aguda, síndrome coronário agudo, entre outras). O ecocardiograma transtorácico e, posteriormente, transesofágico, com soro agitado documentaram forâmen ovale patente a condicionar shunt direito-esquerdo, sem aumento da pressão nas cavidades cardíacas direitas. O doente foi submetido a encerramento do FOP com melhoria do quadro clínico.

CONCLUSÃO
Este caso clínico é de grande relevância por se tratar de uma patologia rara que necessita de um grau elevado de suspensão para o seu diagnóstico. O diagnóstico exato e célere tem impacto positivo no prognóstico e pode, inclusivamente, levar a uma intervenção curativa. Este caso retrata uma patologia que, embora rara, não deve ser esquecida

P n.º 1368

Quando uma pandemia atrasa o diagnóstico - um doente e duas neoplasias primárias.

Daniela Casanova(1);Luís Couto(1);Ana Luís Ferreira(1);Ana Correia de sá(1);Sílvia Nunes(1);Glória Alves(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: No final de 2019 um novo coronavírus mudou o Mundo como o conhecíamos, a pandemia por COVID-19 teve impacto em todas as áreas incluindo no acesso a cuidados de saúde. Particularmente no diagnóstico e tratamento de neoplasias. A suspensão de programas de rastreio levou à deteção de neoplasias em estadios mais avançados da doença, aumentando a mortalidade por esta patologia.
Descrição de caso clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2 e DPOC. Admitido no serviço de urgência com clínica de perda ponderal, dispneia, tosse produtiva e hemoptises com 3 semanas de evolução. Realizou tomografia computorizada (TC) de tórax que demonstrou uma massa mediastínica a condicionar efeito de massa. Submetido a broncofibroscopia com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar localmente invasivo. Aquando de estadiamento e por clínica de retorragias de novo realizada retossigmoidoscopia com presença de neoplasia ulcerativa do reto, concomitante. Tendo sido orientado para consulta de grupo oncológico e iniciou radioterapia dirigida a neoplasia pulmonar. iminente.
Discussão: Pretendemos demonstrar que perante a suspensão de rastreios oncológicos, como o do cancro colo-retal, situações de neoplasias em estadios mais avançados tornaram-se mais comuns. E neste caso a ocorrência de duas neoplasias primárias simultâneas desencadeou a necessidade de uma orientação mais global e ponderada sobre qual a orientação e tratamento a seguir.

P n.º 1369

Síndrome de Guillain-Barré - uma apresentação

Daniela Casanova(1);Daniela Madeira(2);Ana Correia de sá(1);Ana Luís Ferreira(1);Mariana Formigo(1);Liliana Oliveira(1);Sara Freitas(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia aguda imuno-mediada, responsável por uma das principais causas de fraqueza muscular aguda adquirida. A sua ocorrência está frequentemente associada a uma infeção prévia. Existem diversas formas de apresentação, entre as quais a afeção motoro-sensitiva (mais comum) e a sensitiva, com fraqueza faringo-cervico-braquial, habitualmente ocorrendo separadamente. O vírus SARS-COV2 tem sido descrito como possível agente desencadeador, assim como a sua vacinação.
Descrição de caso clínico: Mulher de 40 anos, sem antecedentes de relevo. Com diagnóstico de doença ligeira por SARS-COV2 em Maio de 2022. Após 5 dias, iniciou clínica de parestesias nos membros inferiores, com incapacidade para a marcha por diminuição de força muscular bilateralmente, de forma ascendente, grau 3/5. Realizou tomografia computorizada cerebral e coluna que não apresentavam alterações. Efetuada punção lombar com presença de proteinorráquia e dissociação albumino-citológica, pelo que ficou internada dada a suspeita de SGB, tendo iniciado imunoglobulina. Ao 3º dia de internamento com agravamento clínico, com plegia de membros inferiores, disfagia, sinais de desconforto respiratório e parésia facial, tendo estabilizado défices ao 4º dia. Iniciada reabilitação com melhoria progressiva ao longo do internamento.
Discussão: Este caso descreve uma situação clínica onde o fator etiológico presuntivo para a ocorrência de SGB será a infeção por SARS-COV2. Vários estudos têm vindo a relatar esta relação, sendo ainda uma dúvida se será causalidade ou coincidência, no entanto perante clínica e analítica sugestiva, sem mais nenhum fator desencadeante a causalidade torna-se mais provável. Para além disso, é demonstrada uma apresentação atípica desta síndrome, dado existir um componente misto, motoro-sensitivo associado a fraqueza faringo-cervico-facial. O diagnóstico e tratamento precoces, e a reabilitação foram pontos fundamentais para o resultado favorável desde caso.

P n.º 1374

Tromboembolismo pulmonar: apresentação aguda de uma doença crónica

Margarida Mesquita Montes(1);Rita Reis Bragança(1);Helena Gonçalves(1);Paulo Carrola(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (CTEPH) é caracterizada pela resolução incompleta ou anormal da embolia pulmonar aguda, de modo que os êmbolos residuais tornam-se organizados e fibróticos. A CTEPH pode ocorrer sem história prévia de tromboembolismo venoso e é diagnosticada com base na hipertensão pulmonar (HP) pré-capilar, no cateterismo cardíaco direito (CCD) e evidência de êmbolos crónicos na cintigrafia de ventilação/perfusão, imagem torácica ou angiografia pulmonar.
Caso clínico: Homem de 51 anos, autónomo, com antecedentes de asma, rinite alérgica e epilepsia secundária a politrauma recorre ao serviço de urgência por clínica de dispneia para esforços moderados com 3 meses de evolução e desde há 1 mês com tosse hemoptóica e agravamento da dispneia. Ao exame objetivo polipneico, normotenso e taquicardico e com insuficiência respiratória hipoxémica. Realizou angio-tomografia axial computorizada (Angio-TAC) que evidenciou tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral de risco intermédio com HP e sobrecarga direita. Durante internamento evolui com hemoptise maciça tendo realizado broncofibroscopia de emergência, que não evidenciou hemorragia ativa, mas presença de coágulo de grandes dimensões a nível do tronco intermediário. Posteriormente realizou Angio-TAC onde se observa ectasia vascular e provável fístula entre circulação brônquica e pulmonar, tendo sido submetido a embolização seletiva das artérias brônquicas. Foi referenciado posteriormente para Consulta de doença vascular pulmonar onde realizou CCD que evidenciou aumento da pressão arterial pulmonar média (51 mmHg), pressão de encravamento capilar pulmonar de 6.0 mmHg e resistência vascular pulmonar de 6.18 UW.

Discussão e Conclusão: O presente caso expõe a pertinência de uma marcha diagnóstica detalhada, orientada pela clínica e imagiologia, de modo que haja uma correta estratificação do risco e referenciação precoce para um centro de referência para um possível tratamento curativo.

P n.º 1379

Uma apresentação rara de linfoma difuso de grandes células B

Luís Neves da Silva(1);Ana Margarida Mosca(1);Ana Sofia Ramôa(1);Margarida Monteiro(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo histológico mais comum de linfomas não Hodgkin (LNH) e a sua incidência aumenta com a idade, com uma idade mediana de diagnóstico aos 64 anos. Geralmente manifesta-se com uma massa de crescimento rápido e, em 60% dos casos, com doença avançada. Apenas 30% têm envolvimento medular, ao passo que até 40% dos casos apresentam-se com doença extranodal.

Caso Clínico:
Sexo masculino, 86 anos de idade, autónomo, com antecedentes de insuficiência cardíaca em NYHA II, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, veio ao serviço de urgência por dor na região da anca esquerda e incapacidade de locomoção, que se iniciou subitamente e sem trauma, durante a marcha. Negava qualquer sintomatologia no meses prévios. A TC revelou uma fratura estável do osso ilíaco esquerdo com uma lesão de aspeto infiltrativo. Realizou biópsia percutânea que demonstrou um LDGCB. Iniciou radioterapia localizada à lesão, com recuperação da marcha e parcialmente da sua autonomia. Quatro meses depois, constataram-se conglomerados nodulares pulmonares, espessamentos da pleura e adenomegalias mediastínicas, que não estavam presentes aquando da apresentação. Foi então proposto, em consulta de grupo oncológico, tratamento paliativo de suporte.

Discussão:
A apresentação do LDGCB no osso é pouco frequente e representa menos de 1% dos LNH. No entanto, o LDGCB é o subtipo mais frequente dos linfomas ósseos. A dor ou fratura patológica são, geralmente, a primeira manifestação e os sintomas B são pouco prevalentes, sendo que no doente do caso clínico nem existiam. Nota-se, ainda, que o esqueleto axial é tendencialmente mais afetado, o que não se verificou neste doente, pois apresentou atingimento apendicular. O tratamento preferencial, mesmo em formas localizadas, baseia-se em quimioterapia com esquema R-CHOP ou similar, com ou sem radioterapia, o que acabou por não acontecer no doente apresentado dada a idade e presença de várias comorbilidades. Pela raridade desta entidade, os dados quanto ao prognóstico são limitados, mas tem-se reportado uma sobrevida de 75% aos 10 anos, em doentes tratados com quimioterapia.
Assim, este caso demonstra uma apresentação rara de LDGCB e a sua orientação.

P n.º 1383

Quando não é apenas uma celulite

Ana Melício(1);Ana Melicio(1);Raquel Baptista(1);Fábia Cerqueira(1);Sara Vasconcelos Teixeira(1);Hélder Rodrigues Gonçalves(1);Mariana Dias(1);Inês Parreira(1);Federica Parlato(1);Tiago Branco(1);Cristiana Mendes(1);Leila Duarte(1);Sandra Braz(1);João Lopes(1);a. Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Quando não é apenas uma celulite
Introdução: O vírus herpes simplex (HSV) tipo 1 pertence à família dos herpes vírus humanos e têm como único hospedeiro o homem. As lesões ocorrem maioritariamente na região facial, oral e ocular.
Caso clínico: Homem de 26 anos, com antecedentes de doença de Addison, recorreu à urgência por desconforto, prurido intenso e dor na região perianal com extensão ao escroto com semanas de evolução, acompanhado de febre (38.5ºC) nos últimos 2 dias. Referia retoma de ginásio com exercício intenso no dia anterior. Ao exame objetivo com placa eritematosa liquenificada, com exsudado mucopurulento na região perianal e pequenas feridas. Laboratorialmente com CK 7227 U/L e PCR 6.81 mg/dL. Realizou TC pélvica que revelou “densificação difusa sugestiva de inflamação do tecido subcutâneo das regiões nadegueiras e da região perianal levemente espessada, sem aparentes coleções”.
Durante o internamento iniciou antibioterapia empírica (amoxicilina / ácido clavulânico e metronidazol) por celulite. Por manutenção de febre e eritema exsudativo e aparecimento de vesiculas pruriginosas sugestivas de herpes genital, foi feita colheita de exsudado para pesquisa de HSV tipo 1 e 2 por método RT PCR que foi positivo para HSV 1. Iniciou aciclovir endovenoso, acido fusídico tópico e manteve antibioterapia empírica.
Do estudo realizado, a salientar hemoculturas negativas, outras serologias virais negativas, exsudado da região perianal positivo para Streptococcus Grupo B multisensível, pesquisa de Chlamydia trachomatis por RT-PCR negativa. Por rabdomiólise iniciou fluidoterapia endovenosa com melhoria laboratorial significativa (CK 506 U/L).
À data de alta com evolução favorável e sob valaciclovir.
Discussão: A infeção genital primária por HSV 1 é rara, comparativamente à causada por HSV 2, mas está a aumentar em jovens adultos sexualmente ativos. Este caso tem como objetivo enfatizar a importância da prevenção e do estudo etiológico das doenças sexualmente transmissíveis.

P n.º 1391

Platipneia-Ortodeoxia – um caso sobre COVID-19.

Inês Soares(1);Marta Catarina Almeida(1);Mariana Fidalgo(1);Nuno Leal(1);Sara Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A síndrome platipneia-ortodeoxia (SPO) é uma entidade clínica associada a shunts cardíacos (comunicação interauricular e foramen ovale patente) e shunts intrapulmonares (malformações arteriovenosas, síndrome hepatopulmonar ou patologia parenquimatosa).??Na literatura estão descritos alguns casos da SPO em doentes com infeção SARS-CoV-2, mas a relação causal ainda não está totalmente esclarecida, levando ao seu subdiagnóstico e ausência de tratamento adequado.

Caso Clínico: Homem de 77 anos, mRankin 0, com antecedentes de Smoking Related Interstitial Fibrosis, internado por pneumonia por SARS-Cov2. Ainda que assintomático durante o internamento manteve insuficiência respiratória hipoxémica grave, o que motivou realização de TC torácico que descreveu achados de pneumonia organizativa. Iniciou corticoterapia na dose de 1mg/kg/dia, mas sem melhoria clínica relevante. Durante o internamento, objetivada dessaturação aquando levante (para posição supina ou sentada) e confirmada SPO por gasimetria arterial com oxigenoterapia suplementar a 6L/min: pO2 e sO2 em ortostatismo de 31,8mmHg e 66.3%; em decúbito dorsal de 54,7mmHg e 89.5% respetivamente. Realizou ecocardiograma transtorácico com soro agitado e transesofágico, que excluíram shunt intracardíaco. A ausência de alterações analíticas e ecográficas excluiu doença hepática. Foi assumida SPO por pneumonia organizativa pós infeção por SARS-CoV2 e o doente foi encaminhado para a Unidade de Hospitalização Domiciliária para a continuação de cinesioterapia respiratória e desmame progressivo de oxigenoterapia. Após 82 dias totais de internamento teve alta com pO2 66.3mmHg e orientado para consulta externa de Pneumologia ?

Discussão: Este caso ilustra uma entidade pouco reconhecida que, apesar de facilmente diagnosticável, requer suspeição clínica. A sua ligação à COVID-19 vem aumentar os casos descritos de uma síndrome rara que, ao não ser reconhecida, condiciona atraso na correta abordagem do doente.

P n.º 1393

Mieloma múltiplo de cadeias leves kappa - a propósito de um caso clínico

Carlos m Nancassa(1);Adelaide Figueiredo(1);Carolina Nunes Coelho(1);João Cruz Cardoso(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia maligna de células B caracterizada pelo plasmocitose clonal da medula óssea (MO), presença de imunoglobulina monoclonal e/ou cadeias leves livres (CLL) no soro e/ou urina. Geralmente associada a doença óssea lítica, anemia, lesão renal, hipercalcemia. Cerca de 15%-20% dos doentes, as células do mieloma produzem apenas CLL, o chamado mieloma de cadeias leves e raramente, 1%-2%, produzem muito pouco ou nenhuma proteína M, o mieloma não secretor. No entanto, o teste de ensaio de cadeia livre no soro recente consegue detetar quantidades minutas de CLL no sangue de cerca de 70% desses doentes. Caso clínico: Mulher, 77 anos, caucasiana, diabética, hipertensa, recorreu ao serviço de urgência por lombalgia de caracter mecânico há 2 meses que agravou a 1 semana. Apresentava dor a palpação na região lombar. O exame neurológico sem alterações. Nos exames realizados (radiografia, tomografia, ressonância e tomografia por emissão de pósitrons) revelaram fraturas patológicas de várias vertebras, arcos costais, lesão lítica de L3, asas dos ilíacos, ramo isquiopúbico e craneo. Analiticamente destacou-se anemia Hb 11.4g/dL, creatinina 0.7mg/dL, hipercalcemia 11.3mg/dL. Não foi detetado pico monoclonal na eletroforese das proteínas sericás e imunofixação sericá negativa. O doseamento das Igs sericás e imunofixação de cadeias leves (CL) normais. Proteína Bence-Jones positiva, presença de CL kappa e imunofixação das proteínas urinaria presença de CL kappa. O doseamento de CLL revelou CLL kappa 5020mg/L e lambda 12.9mg/L, relação kappa/lambda livre 389.1. A biopsia óssea mostrou 70% de plasmocitose clonal e mielograma compatível com mieloma múltiplo. Iniciou quimioterapia com Bortezomib, Ciclofosfamida e Dexametasona e seguimento em Hematologia. Discussão: O diagnostico presuntivo de MM foi feito com base nas lesões líticas, anemia e hipercalcemia. Este caso reflete não só o desafio de um longo diagnostico diferencial, mas também a necessidade de tomada de decisões a medida que os resultados da pesquisa vão surgindo. A nossa doente apresenta diagnostico definitivo MM de CL kappa mais propenso a causar lesões renal e/ou depósitos de CL em outros órgãos e confere pior prognostico, exigindo vigilância da doença residual mínima por técnicas de nova geração apos terapêutica.

P n.º 1396

Osteomielite e bacteriemia por Peptoniphilus asaccharolyticus

Teresa Soares Costa(1);Ana Lisa Lima(1);Clara Batista(1);Inês Freitas(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O *Peptoniphilus asaccharolyticus* é um agente comensal do ser humano, podendo tornar-se oportunista em doentes imunocomprometidos. É um anaeróbio Gram-positivo raro, mas com potencial para causar bacteriemias e infeções ósseas clinicamente significativas, sendo a anca um dos locais mais frequentemente afetados.
Homem de 83 anos, doente renal crónico sob hemodiálise e diabético não insulinotratado. Internado por infeção do trato urinário, com isolamento de *Proteus mirabilis* multissensível em urocultura, sob ceftriaxone com discreta melhoria. Contudo, no 8º dia de antibioterapia, inicia quadro de prostração e recrudescimento dos parâmetros inflamatórios. Apresentou hemoculturas com isolamento de *Peptoniphilus asaccharolyticus* sensível ao meropenem. Fez tomografia para pesquisa de foco de bacteriémia, que revelou alterações destrutivas da articulação coxofemoral direita, alterações essas não presentes em exames prévios. Ressonância magnética com artropatia da anca direita, destrutiva na região da cabeça femoral, com derrame. Assumida bacteriemia, com ponto de partida em osteomielite da anca direita. Foi submetido a cirurgia de *girdlestone* e completou 6 semanas de meropenem, com melhoria clínica, analítica e imagiológica.
Relatamos assim um caso raro de bacteriemia por *P. asaccharolyticus* com ponto de partida em osteomielite da anca, num doente com vários fatores predisponentes para imunossupressão.

P n.º 1397

Leucoencefalopatia multifocal progressiva – o desafio das infeções oportunistas no doente VIH

Paula Pires da Costa(1);António José Cruz(2);Stefano Dias Pinto(2);João Nuak(2);António Sarmento(2)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) é uma doença desmielinizante do SNC causada pela reativação do vírus JC, habitualmente diagnosticada em doentes imunocomprometidos. É uma doença rara que se manifesta por sintomas neurológicos focais variáveis de acordo com a área afetada. O diagnóstico tem por base a combinação de critérios clínicos, imagiológicos e laboratoriais.

Caso Clínico:
Homem, 78 anos, admitido por quadro de 3 semanas de evolução de desorientação, desequilíbrio na marcha e disartria. Do estudo realizado, a serologia para VIH revelou-se positiva, com carga viral de 971.000 cópias e contagem de linfóticos T CD4+ 111 céls/mm3. A RMN à admissão revelou áreas lesionais subcorticais frontais e substância branca subcortical com hipossinal em T1 e tradução hiperintensa em T2. Na presunção inicial de toxoplasmose cerebral, iniciou terapêutica dirigida que suspendeu após 3 semanas, por ausência de melhoria clínica e PCR de toxoplasma negativa no LCR. Do restante estudo microbiológico para exclusão de infeções oportunistas, isolamento de vírus JC no LCR (33000 cópias/mL) e EBV (5000 cópias/mL), fazendo levantar igualmente a hipótese de linfoma primário do sistema nervoso central. RMN realizada posteriormente com persistente ausência de realce e envolvimento das fibras em U. Na integração dos dados disponíveis, admitido quadro de LMP em doente com infeção VIH inaugural. Iniciou terapêutica antirretroviral combinada, apresentando no entanto agravamento clinico progressivo, com evolução desfavorável.

Discussão: Demonstra-se neste caso o desafio diagnóstico e a importância da exclusão de causas infeciosas perante um quadro neurológico de novo. O diagnóstico de infeção por VIH e o elevado grau de suspeição foi a chave para o diagnóstico definitivo. A LMP é uma doença rara, progressiva e frequentemente fatal que deve ser considerada como hipótese de diagnóstico em qualquer doente imunocomprometido que apresente sintomas neurológicos progressivos.

P n.º 1399
Colesterol (demasiado) baixo?
Madalena Pestana(1);Ana Sofia Barros(1);Miriam Capelo(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Os benefícios da redução dos níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL) estão exaustivamente comprovados na prevenção primária e secundária de um leque variado de doenças. Não há consenso relativamente ao valor a partir do qual se poderá considerar que há hipocolesterolémia, nem evidência clara do perfil de segurança e riscos associados à mesma. Ainda que com períodos de seguimento curtos dos participantes, estudos recentes de fármacos hipolipemiantes chegaram a valores de LDL muito baixos sem efeitos adversos major. Contudo, outras investigações preliminares sugerem haver uma maior incidência de neoplasia, acidente vascular cerebral hemorrágico, depressão, ansiedade e parto pré-termo em mulheres grávidas.

Reportamos o caso de um homem de 74 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, retinopatia diabética e portador de pacemaker cardíaco, medicado habitualmente com atorvastatina+ezetimibe 20/10mg como estratégia de controlo de dislipidemia. Em análises seriadas de rotina com o médico assistente, constatou-se níveis de LDL de 6.8 e 1.6 mg/dL. Optou-se por instituir apenas monoterapia com atorvastatina 20mg/dia, no entanto, após três meses, o doente retomou níveis de colesterol LDL acima do recomendado e fez switch para rosuvastatina+ezetimibe 10/10mg. Em análises de seguimento aos dois e onze meses, os níveis LDL reduziram drasticamente para 0.8 e 0.0 mg/dL, respetivamente. Pelos valores quase indetetáveis apresentados, suspendeu a associação e voltou a estratégia de monoterapia, com rosuvastatina 10mg. Até à data o doente mantém-se sem intercorrências a reportar.

Enfatizamos a necessidade de realizar estudos que demonstrem a segurança a longo prazo de níveis de LDL baixos e eventual definição de um nível sérico inferior limite, de forma a permitir aos profissionais manter ou não de forma segura doentes sob antidislipidémicos quando confrontados com hipercolesterolemia marcada.

P n.º 1405
A grande imitadora

Margarida I. Nascimento(1);Gil Prazeres(1);Ana David do Carmo(1);Maria Inês Lopes(1);Filipa Ramalho Rocha(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
Mundialmente, a tuberculose (TB) esquelética é responsável por 10-35% dos casos de TB extrapulmonar. A sua incidência é mais elevada nos imigrantes de áreas endémicas. A forma mais comum e típica de TB musculoesquelética é o mal de *Pott*, que afecta a coluna vertebral, logo seguida da artrite séptica e da osteomielite extra-raquidiana.
Caso clínico
Homem, 55 anos, residente na Guiné, previamente saudável, recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 3 meses de evolução de omalgia esquerda com edema e drenagem espontânea de líquido purulento hemático. Negava trauma, febre ou sintomas constitucionais. A tomografia computadorizada (TC) do ombro esquerdo mostrou artrite séptica erosiva da articulação acrómio-clavicular com componente de osteomielite envolvendo o acrómio e a epífise clavicular com abcesso coracoclavicular e fistulização para o tecido subcutâneo através do músculo trapézio, bem como adenopatias da cadeia axilar homolateral. A TC torácica mostrou adenopatia única hilar unilateral. Iniciou antibioterapia (AB) com ceftriaxona e vancomicina, após colheita de pús e hemoculturas. Foi submetido a drenagem cirúrgica, com isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina no pús e alterou-se a AB para flucloxacilina. Teve alta após 2 semanas de AB endovenosa com indicação para completar 6 semanas. A biópsia óssea revelou osteomielite crónica granulomatosa com numerosas células gigantes nucleadas, halo linfocitário e necrose central. A cultura do líquido sinovial veio a positivar para *Mycobacterium tuberculosis*. Completou as 6 semanas de flucloxacilina e iniciou terapêutica antibacilar, com boa evolução.
Discussão
A manutenção da boa prática metodológica de excluir sempre a TB como um agente responsável por infecções, em particular crónicas, permitiu como neste caso que não nos limitássemos ao tratamento da bactéria mais típica e que cresceu mais depressa. É provável que as alterações estruturais condicionadas pela TB articular tenham sido favoráveis à infecção secundária *a S. aureus*.

P n.º 1407
GAVE refratária

Leonardo Maia Moço(1);Paula f. Matias(1);Bernardo Fernandes(1);Ana Carolina Mateus(1);Edite Pereira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução:
Ectasia vascular do antro gástrico (GAVE) constitui uma causa rara de hemorragia digestiva alta, sendo o tratamento de primeira linha a ablação endoscópica. Este caso descreve uma doente com os seguintes antecedentes de relevo: GAVE, doença renal crónica (estadio IV, albuminúria A3), estenose aórtica moderada, doença arterial periférica e hipotiroidismo, que se apresenta com episódios recorrentes de hemorragia digestiva alta refratária ao tratamento.
Caso clínico:
Trata-se de uma mulher de 85 anos com múltiplas vindas ao serviço de urgência (oito no intervalo de um ano) por melenas e subsequente anemia aguda sintomática com necessidade de múltiplas transfusões de concentrado de eritrócitos. Perante a observação endoscópica de ectasias friáveis com hemorragia ativa, terá sido submetida a ablação com árgon-plasma seis vezes num intervalo de cinco meses. A anemia apresenta características a favor de uma etiologia multifatorial (ferropenia absoluta e défice de eritropoietina), com um baixo índice reticulocitário. O crescente número recente de agudizações, com resposta pouco eficaz à suplementação com ferro, eritropoietina e transfusão de concentrado de eritrócitos, poderá ser resultado ou 1) de um outro foco síncrono de hemorragia digestiva ou 2) de GAVE refratária.
Além disso, embora seja comum a associação entre angiodisplasias (principalmente do cólon) e quer doença renal crónica quer estenose aórtica (síndrome de Heyde), essas mesmas associações em contexto específico de GAVE encontram-se pouco descritas na literatura. Esta doente também apresenta hipotiroidismo e doença arterial periférica, entidades que poderão também contribuir para a etiopatogenia de GAVE.
Discussão:
Apesar do diagnóstico estabelecido de GAVE, hemorragia digestiva alta recorrente justifica em primeiro lugar a exclusão de outros focos síncronos. Assumindo tratar-se de GAVE refratária, outras estratégias deverão ser ponderadas, tais como ablação por radiofrequência, laqueação elástica ou antrectomia. Perante esta possível associação com doença renal crónica e estenose aórtica, seria pertinente neste tipo de doentes avaliar o impacto da realização de técnicas de substituição da função renal e/ou de substituição de válvula aórtica.

P n.º 1418

Síndrome da Veia Cava Inferior, a propósito de um caso clínico

Ana Margarida Fonseca(1);Pedro Mangas Palma(1);Beatriz Simão Parreira(1);Mariana Teixeira(1);Pedro Rodrigues(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A síndrome da veia cava inferior (SVCI) refere-se ao conjunto de sinais e sintomas que resultam de compressão, agenesia ou obstrução da veia cava inferior (VCI), limitando o retorno venoso à aurícula direita. A SVCI não se trata de um diagnostico primário uma vez que é frequentemente relacionada com uma patologia de base. Ainda assim, é de salientar a importância do seu reconhecimento como guia para abordagem diagnóstica. Apresentamos um de caso de lesão renal secundária a compressão e trombose maligna da VCI.
Caso Clínico: Homem de 64 anos, admitido para estudo de síndrome constitucional e lesão renal aguda (LRA). Apresentava edema dos membros inferiores e parede abdominal, hipotensão arterial e elevação das enzimas hepáticas, sem turgescência venosa central. O ecocardiograma transtorácico revelou boa função ventricular esquerda e direita, VCI afilada e com colapso inspiratório. Realizada angioTC abdominal a destacar incontáveis lesões hipodensas no parênquima hepático, sugestivas de metástases e indefinição da VCI no seu trajeto intra-hepático, com indissociação das lesões, traduzindo invasão, compressão ou trombose focal da mesma. A biópsia hepática demonstrou carcinoma neuroendócrino (CNE) de grandes células com elevado índice proliferativo (Ki-67 >80%) e marcada dilatação sinusoidal, associada a necrose hemorrágica. A LRA progrediu com sintomas urémicos e necessidade de início de terapêutica de substituição da função renal.
Foi investigado a origem primária do CNE, com endoscopia digestiva alta e baixa, bem como enteroscopia por videocápsula, sem identificação da mesma.
Por rápida deterioração clínica, com disfunção renal, hematológica e coagulopatia, decidiu-se não progredir no estudo. Decidido em grupo multidisciplinar tratamento paliativo.
Discussão: A SVCI é uma entidade rara que pode condicionar lesão renal por mecanismo hemodinâmico misto, congestão venosa renal e hipoperfusão arterial renal simultâneas. Pela natureza inespecifica das suas manifestações, o diagnóstico da SVCI é muitas vezes tardio. Este caso é importante dado que a identificação precoce desta síndrome pode permitir o diagnóstico atempado e tratamento da condição subjacente.

P n.º 1420

Um olho no tumor, outro no AVC

BEATRIZ CASTRO SOARES MORAIS SILVA(1);Miguel Serôdio(2);João Ramos(2);Ana Sofia Calado(2);Miguel Vieira Baptista(2)
(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Na fase aguda do AVC isquémico os alvos tensionais estão bem estipulados, mas não compreendem certas patologias concomitantes, como tumores intracranianos com risco hemorrágico.
Apresenta-se uma mulher de 81 anos com dislipidemia e HTA, recorre à urgência com disartria, parésia facial central esquerda e desvio oculocefálico para a direita, hipertensa com 240/120 mmHg. TC-CE sem lesões isquémicas e com lesão ocupante de espaço (LOE) extra-axial lateropontina esquerda. A doente manteve-se em vigilância com perfil tensional permissivo, dada a ausência de indicação de terapêutica de fase aguda. Na reavaliação agravou com sonolência, paresia dos nervos VI e VII esquerdos e parésia do MSE. Repetiu TC-CE que demonstrou aumento da densidade hemática da LOE e lesão isquémica recente frontal média direita. Após discussão com neurocirurgia iniciou antiagregação plaquetária. Realizou RM-CE que documenta LOE extra-axial no ângulo pontocerebeloso esquerdo (provável schwannoma vestibular com componente necrótico-quístico e hemorrágico). A doente apresentou melhoria do quadro neurológico apresentando à data de alta mais precisamente no estado de consciência.
O schwannoma vestibular raramente é complicado por hemorragia em 1% dos casos. A hipertensão permissiva pelo AVC isquémico neste caso poderá ter tido um papel no agravamento da hemorragia intraturmoral. A definição de alvos tensionais mais restritos poderá ser um fator de extrema importância em casos de AVC isquémico com patologia que potencie elevado risco hemorrágico.

P n.º 1426

Convulsões com Alucinações Visuais

Pedro Araújo Rodrigues(1);Andreia Coutinho(1);Cecília Soares(1);Jorge Salomão(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As convulsões com alucinações visuais podem ter origem no córtex visual primário, no córtex extra-estriado, região parieto-occipital e inferior e superior ao sulco calcarino. Apresenta-se com alucinações visuais negativas (amaurose, escotomas e perda de parte de um campo visual), as alucinações visuais positivas complexas (cenários, objetos, pessoas, ilusões visuais, micropsia-macropsia e palinopsia) com origem no córtex de associação visual e alucinações visuais positivas simples (linhas, pontos, círculos ou outras formas visuais coloridas ou incolores e flashes) associadas ao sulco calcarino (área 17de Brodmann).
Mulher de 85 anos com antecedentes de lúpus rritematoso sistémico, síndrome Sjogren, bronquiectasias bilaterais, patologia osteo-articular degenerativas e hipertensão arterial. Admitida por cefaleias, disartria, desorientação tempero-espacial e alterações visuais, visão dupla e turva, alucinações visuais (via garfos no ar e a neta a aspirar) e vómitos. Realiza TC CE que mostra hipodensidade occipital interna esquerda em provável relação com lesão isquémica aguda em território da artéria cerebral posterior (tACP) esquerda, lacunas núcleo-basais e talâmicas bilaterais e o Angio-TC dos vasos supra-aórticos apenas com discretas placas ateromatosas nas bifurcações carotídeas sem estenose significativa. Interna-se por AVC isquémico tACP esquerda com prováveis crises epitéticas focais (visuais) e para estudo etiológico. Durante o internamento realizou prova terapêutica com diazepam com melhoria significativa das alucinações visuais e iniciou levetiracetam com aumento progressivo da dose até 1000+1000 mg, mantendo apenas alterações visuais, com padrões que parecem flores, não coloridas e com crítica para as alterações visuais produtivas. Realizou EEG sem atividade epileptiforme, mas já se encontrava com levetiracetam. Objetivou-se também uma fibrilhação auricular paroxística de novo com FC 88 bpm, iniciou hipocoagulação e suspendeu anti-agregação que tinha iniciado previamente.
As convulsões com alucinações visuais surgem no lobo occipital, são caracterizadas por crises sensoriais focais com alucinações visuais, sendo experiências visuais subjetivas dificultando o seu diagnóstico e respondem ao tratamento com medicamentos antiepilépticos.

P n.º 1432

Isquémia medular mascarada por sintomatologia depressiva - um desafio diagnóstico

Miguel Oliveira Santos(1);Inês Carmo e Pinto(1);Pedro Leal(1);Diogo Almeida Domingos(1);Guilherme Sacramento(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução A isquemia medular é uma entidade rara caracterizada por uma clínica indolente de paraplegia indolor e retenção urinária. A instalação pode ser aguda ou bifásica. Nesta última modalidade, menos frequente, os sintomas iniciais podem ter deterioração subsequente. Por estes motivos, o diagnóstico pode ser dificultado.
Caso clínico: Homem, 76 anos, autónomo, com antecedentes de Macroglobulinémia de Waldenstrom, Síndrome Depressiva há 5 anos e Hiperplasia Benigna da Próstata. Levado à urgência na sequência de recaída de sintomas depressivos com recusa alimentar, hídrica e medicamentosa com 1 semana de evolução, a condicionar lesão renal aguda e caquexia. No internamento foram aferidas queixas inespecíficas e pouco valorizadas pelo doente, de diminuição generalizada da força muscular. Identificou-se paresia de membros inferiores a condicionar intolerância na marcha, com sensibilidade mantida e reflexos cutâneoplantares (RCP) em flexão. A TC da coluna apenas documentou patologia degenerativa da coluna. O quadro progrediu para paraplegia, com nível sensitivo em D9, retenção urinária, hipostesia peri-anal, hipotonia de esfíncter anal e extensão de RCP. A ressonância magnética (RM) cervicodorsal revelou uma lesão medular dorsal, compatível com lesão isquémica medular em fase subaguda tardia, e alterações disco-somáticas degenerativas a condicionarem redução do calibre do canal vertebral em C5-C6. O estudo etiológico com ecocardiograma e holter não revelou alterações relevantes.
Discussão: O doente apresentado constitui um caso raro de isquemia medular, com clínica bifásica – inicialmente paraparésia, com posterior paraplegia, retenção urinária e RCP em extensão. O quadro depressivo com desvalorização das queixas, astenia e caquexia, constituíram um desafio à marcha diagnóstica, que foi suplantado pelo exame neurológico seriado e pela acuidade diagnóstica da RM. A patologia degenerativa da coluna e a Macroglobulinémia de Waldenstrom podem contribuir, respetivamente, para a compressão de vasos medulares e como fator protrombótico.

P n.º 1439
Tuberculose Cutânea

Paulo Jorge Castro Pereira(1);José Damasceno e Costa(1);Cristiana Honrado Martins(1);Vânia Gomes(1);Guilherme Castro Gomes(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infeciosa, outrora muito prevalente em Portugal, com grande impacto na saúde pública. O controlo epidemiológico e sucesso terapêutico alcançados nos últimos anos, levaram a algum relaxamento no diagnóstico, sobretudo em casos atípicos.
Caso Clínico: Mulher, 85 anos, dependente, internada por pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Havia referência a quadro constitucional de longa duração, agravado nas 2 semanas anteriores.
A radiografia revelou opacidade apical direita e provável cavitação, suspeita de TB.
Na revisão do processo clínico, havia referência a lesão facial ulcerada sugestiva de carcinoma espinocelular, excisada em 2019, cuja histologia excluiu neoplasia, mas referia presença de granulomas sugerindo processo bacilar. Solicitada avaliação por Medicina Interna, a investigação é inconsequente devido à situação pandémica por Covid 19. Em 2022, fez nova biópsia, agora com exame cultural positivo para Mycobacterium tuberculosis. A tomografia prévia da face e tórax mostrava, respectivamente, lesão abcedada na região malar e ausência de doença pulmonar. A lesão pulmonar constatada à admissão era, neste contexto, muito sugestiva de TB pulmonar que, associada à lesão facial, mais que justificava o início de antibacilares. A positividade do exame cultural de expetoração (42º dia) confirmou a suspeita inicial da filiação dos dois processos numa etiologia comum.
Discussão: trata-se de doente frágil, com atingimento constitucional marcado que não pode ser explicado apenas pela idade, antecedentes e PAC, sugerindo a presença de doença consumptiva subjacente. As alterações imagiológicas, bastante típicas, deveriam ter colocado a hipótese de TB pulmonar. Tivesse sido levado em consideração os antecedentes da doente, e a hipótese de uma etiologia unificadora ter-se-ia imposto. O envolvimento da pele, como manifestação extrapulmonar da TB é, já de si, rara, sendo-o ainda mais como sede de TB primária.

P n.º 1442

MIXOMA AURICULAR: UMA CAUSA RARA DE AVC ISQUÉMICO EXTENSO

Filipa Bacalhau Lima(1);Nuno Amorim(1);Maria João Lima(1);Luís Ribeiro(1);Sofia Tavares(1);Sara Castelo Branco(1);Sandra Moreira(1);Cristina Duque(1);Raquel Calisto(1);Vítor Tedim(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Os tumores cardíacos são extremamente raros, com uma incidência inferior a 0,03%. Os mixomas auriculares são os tumores cardíacos mais comuns, sendo mais frequentes nas mulheres, a partir da sexta década de vida. O seu diagnóstico é muitas vezes realizado após a presença de complicações embólicas, como o AVC isquémico.
Caso Clínico: Sexo feminino, 52 anos, fumadora, mRS 0. Admitida no Serviço de Urgência, a 13/03/21, após acidente de viação de baixa cinética. No local descrita hemiparesia esquerda que reverteu antes da admissão. TC e angio-TC cerebral sem alterações. Teve alta contra parecer médico. A 05/04/21, foi encontrada caída no domicílio. Na admissão apresentava afasia motora, desvio do olhar conjugado para a esquerda, hemianópsia homónima direita, parésia facial central direita, hemiparésia direita e reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita (NIHSS: 21 pontos). Na TC cerebral apresentava hipodensidade cortico-subcortical fronto-opercular, temporal, insular e na alta convexidade frontoparietal à esquerda, sugerindo lesão isquémica. Angio-TC com ausência de fluxo nos segmentos A1 da artéria cerebral anterior e M1 da artéria cerebral média esquerdas. Agravamento clínico nas primeiras 24 horas, com transformação maligna e necessidade de realizar craniectomia descompressiva. Do estudo etiológico realizado, destacou-se a presença de uma massa na aurícula esquerda nos ecocardiogramas transtorácico e transesofágico, sugestiva de mixoma auricular esquerdo, com 13x12mm. Foi discutido com a Cirurgia Cardiotorácica, tendo sido protelada a decisão cirúrgica, atendendo à extensão dos défices. Iniciou reabilitação, tendo alta com NIHSS de 18 e orientada para Unidade de Reabilitação.
Discussão: O tratamento de eleição do mixoma cardíaco é a resseção cirúrgica, de forma a evitar complicações cardioembólicas, contudo não existe consenso relativamente ao timing ideal. Na presença de AVC extenso pode estar recomendado adiar a cirurgia. Neste caso, o facto de a doente ter assinado alta contra parecer médico, após o primeiro evento, foi determinante para o prognóstico desfavorável.
Conclusões: O diagnóstico precoce de mixoma auricular é extremamente importante, uma vez que a resseção cirúrgica é extremamente eficaz na prevenção da recorrência do embolismo.

P n.º 1443
Um coração infiltrado
Rita Diz(1);Tiago Ceriz(1);Andreia Diegues(1);Helena Maurício(1);Micaela Sousa(1);João Lagarteira(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A amiloidose cardíaca é causada pela deposição anormal de proteína amilóide no espaço extracelular do miocárdio, com mais de 95% a fazerem parte do grupo da amiloidose por transtirretina (ATTR) e amiloidose de cadeias leves.
A ATTR divide-se em amiloidose senil (wild-type) e hereditária.

Caso Clínico
Homem de 85 anos, autónomo, que recorre ao SU em Dez 21 por cansaço fácil, dispneia e edemas MIs, com antecedentes de HTA, Dislipidemia, DPOC e HBP. Trazia Ecocardiograma Transtoracico com FE 18% e aspecto infiltrativo das paredes ventriculares.
Assim, diagnostico de IC agudizada por Miocardiopatia Infiltrativa, com alta encaminhado para consulta.

Fez Holter 72h com BCRE e BAV de 1º Grau, RMN cardiaca compatível com infiltração por amiloidose e Cintigrafia Cardíaca "Scoring" visual 3, que sugeria amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina.
Analises com cadeias leves livres e relação cadeias kappa/lambda serica e urinarias normais, imunofixação serica sem alteração. Pedido estudo genético que aguarda.
PFR Espirometria e curvas de debito-volume revelando alteração ventilatoria obstrutiva moderada, com melhoria após o uso de B2 mimetico.
Algumas idas ao SU no ultimo ano por IC descompensada/ agudização de DPOC. Neste momento estável, clinica de dispneia e cansaço para pequenos/médios esforços. Nega dor torácica, tonturas, palpitações ou sincopes. Discretos edemas bimaleolares.

Portanto amiloidose TTRWT em estadio avançado, já com disfunção grave biventricular, em IC classe III. Sem necessidade de pacemaker e sem beneficio de CRT nesta fase, com escassos beneficios de terapeutica dirigida, com seguimento na consulta de Miocardiopatias por Cardiologia e IC por FE reduzida por Medicina Interna.

Discussão
Os autores querem relembrar que apesar de a amiloidose cardíaca ser uma patologia pouco frequente, dado o envelhecimento populacional, tem vindo a tornar-se um diagnóstico cada vez mais relevante.
A utilização de métodos de diagnóstico menos invasivos atuais permite cada vez mais o reconhecimento da amiloidose ATTRts como causa de micardiopatia infiltrativa em idosos.
Assim, salienta-se a importância de diagnóstico precoce de amiloidose e início de terapêutica dirigida antes de desenvolvimento de lesão de órgão alvo irreversível, com o objetivo de melhorar a sobrevida dos doentes

P n.º 1447

Pancitopenia como primeira manifestação de infeção por HIV

Flávia Freitas(1);Gabriela Paulo(1);Dany Cruz(1);Carina Silva(1);José Miguel Ferreira(1);João Mota(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Pancitopenia corresponde à diminuição de todas as linhagens sanguíneas e pode estar associada a alterações da produção a nível da medula óssea, quer por infiltrações da mesma, quer por aplasia, como as doenças infeciosas ou ao aumento da destruição ou sequestro de células. Algumas patologias podem gerar pancitopenia pela conjugação de diferentes mecanismos.
Caso Clínico: Mulher de 68 anos, reformada de operária têxtil, viúva há 38 anos e com relacionamento com parceiro único durante 20 anos até 2018. Antecedentes pessoais de hipertensão, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e nefrectomia esquerda por litíase. Enviada à consulta de medicina por pancitopenia associada a astenia, anorexia, perda ponderal de 20kg, diarreia e equimoses espontâneas com 6 meses de evolução. Analiticamente com bicitopenia (Hb 10.1g/dL e 72000 plaquetas), com elevação da velocidade de sedimentação (68mm), da gama GT (89U/L) e da imunoglobulina G (3165mg/dL). Na eletroforese sérica foi detetada elevação da fração gama e na imunoeletroforese sérica foram detetadas sete bandas com características aparentemente oligoclonais, quatro correspondentes a imunoglobulina IgG/KAppa e três correspondentes a cadeia leve livre Lambda. A nível serológico, com Ac anti-HVC, Ag HBs e Ac anti-HBs não reativos e Ac anti-HIV1 e HIV2 reativo. Por este motivo, foi enviada à consulta de Infecciologia, onde apresentava valores de CD4+ de 527 cópias/mL. Iniciou terapêutica com Dolutegravir e Lamivudine com melhoria da resposta imunológica (CD4+ 749 cópias/mL). Não foi detectada monoclonalidade na imunoelectroforese e as bandas oligoclonais foram atribuídas ao contexto de infeção por HIV. Mantém seguimento em consulta de Infecciologia.
Discussão: A pancitopenia pode estar associada a uma multiplicidade de patologias. Desta forma, deve-se realizar uma colheita detalhada da história clínica, um exame físico minucioso e os exames complementares de diagnóstico devem conjugar os dados obtidos anteriormente e as etiologias mais prováveis.

P n.º 1448

Hipertensão Pulmonar: um mecanismo bidireccional

Flávia Freitas(1);Gabriela Paulo(1);Dany Cruz(1);Carina Silva(1);José Miguel Ferreira(1);João Mota(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A hipertensão pulmonar (HTP) define-se pelo aumento da pressão arterial pulmonar média em repouso, sendo diagnosticada por cateterismo cardíaco direito. Existem várias entidades relacionadas com a HTP que podem ser classificadas em cinco grupos de acordo com o mecanismo etiológico mais provável. Esta classificação determina o prognóstico e tratamento.
Caso Clínico: Mulher, 74 anos, antecedentes de fibrilhação auricular paroxística, asma e trombose da artéria poplítea direita com tromboembolectomia em 2017 e cirurgia cardíaca (bioprótese aórtica com prótese biológica, miectomia CSVE, encerramento do apêndice auriculoventricular e isolamento das veias pulmonares). Hipocoagulada com varfarina. Enviada a consulta por apresentar hipertensão pulmonar em estudo ecocardiográfico (PSAP estimada em 88mmHg). Clinicamente, apresentava astenia, dispneia para pequenos esforços e taquipneia em repouso. Sem turgescência venosa jugular. A consulta de ecocardiogramas prévios revelou disfunção grave das cavidades direitas em agravamento progressivo (aumento da PSAP estimada de 25mmHg em 3 meses). A doente foi orientada para consulta de Hipertensão Pulmonar. Do estudo alargado, não foram detetadas alterações na cintigrafia pulmonar, angiografia e estudo auto-imune. O cateterismo cardíaco direito confirmou a hipertensão pulmonar. Apesar de a doente apresentar múltiplos fatores de risco correspondentes a diferentes grupos, considerou-se que a etiologia mais provável seria a doença valvular, inserindo-a na HTP classe II (Hipertensão pulmonar devida a doença cardíaca esquerda). Foi instituída terapêutica com metolazona com melhoria sintomática.
Discussão: A HTP é uma doença multifatorial que pode levar ao agravamento do prognóstico das doenças cardiovasculares e respiratória prévias do doente. Simultaneamente, as mesmas patologias poderão ser a causa de HTP. Por este motivo, é importante ter em consideração esta entidade no estudo etiológico de doentes com sintomatologia sugestiva de doença cardiovascular ou respiratória.

P n.º 1450
Uma recidiva rara no tempo
Dr. Ricardo Miguel Costa(1);Cindy Tribuna(1);Joana Sotto Mayor(1);Fábio Neves Correia(1);João Esteves Sousa(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

O condrossarcoma é uma neoplasia rara com uma incidência de 1/100.000 pessoas e elevada taxa de cura após cirurgia. Nos condrossarcomas de baixo grau a recidiva é incomum e a metastização à distância ocorre apenas em 6% dos casos.
Mulher de 74 anos, autónoma. Antecedentes de condrossarcoma de baixo grau há 20 anos, tendo realizado exérese cirúrgica da omoplata e clavícula esquerdas, com critérios de cura e alta da consulta há 1 ano.
Recorre ao Serviço de Urgência por clínica com 4 dias de evolução de dispneia para médios esforços, tosse seca e dorsalgia esquerda. Ao exame físico com murmúrio vesicular ausente no hemitórax esquerdo. Sem insuficiência respiratória. Sem alterações analíticas de relevo.
Realiza tomografia computorizada (TC) do tórax que relata derrame pleural de grande volume à esquerda.
É internada para tratamento e estudo etiológico, realizando toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de líquido pleural serohemático compatível com exsudado. Repete TC do tórax após toracocentese observando-se massa pulmonar parcialmente calcificada e encarceramento do pulmão esquerdo.
Realizou tomografia por emissão de positrões com hiperatividade metabólica de significado incerto no pulmão esquerdo a nível apical, infra-hilar, na vertente inferior do volumoso derrame pleural, na cabeça umeral esquerda e no corpo do esterno.
Progride no estudo com biópsia pleural e à massa pulmonar, ambos com histologia compatível com recidiva do condrossarcoma.
É encaminhada para consulta de Sarcomas e proposta para tratamento com pazopanib, mas acaba por falecer antes do início do tratamento.
Apresentamos o caso pela sua singularidade, uma vez que a recidiva e metastização dos condrossarcomas de baixo grau é rara, particularmente 20 anos depois. Apesar do diagnóstico célere, a metastização pulmonar confere pior prognóstico evidenciado pela evolução desfavorável.

P n.º 1451
Coração e Rim: Colegas inseparáveis
Dr. Ricardo Miguel Costa(1);Cindy Tribuna(1);Joana Sotto Mayor(1);Rui m. Domingues(1);Catarina Silva Araújo(1);Bruno Sousa(1);Fábio Neves Correia(1);João Esteves Sousa(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa (EI) é uma doença rara com uma morbimortalidade importante sendo crucial o diagnóstico e tratamento atempados. Uma das causas mais frequentes de glomerulonefrite pós infeciosa é a EI, com uma incidência anual no mundo desenvolvido de cerca de 14000 casos.
Homem de 58 anos, autónomo, com antecedentes de insuficiência mitral moderada, recorre inicialmente ao Serviço de Urgência (SU) por celulite do pé esquerdo e tem alta medicado com amoxicilina/clavulanato. Verifica-se resolução da celulite, mas inicia de novo astenia, anorexia, oligúria, febre e perda ponderal com 2 semanas de evolução. Recorre novamente ao SU e fica internado. Do estudo realizado salienta-se lesão renal aguda; insuficiência respiratória (IR) hipoxémica; hemoculturas positivas para Staph. Aureus resistente à meticilina; rotura de cordas valvulares com prolapso mitral e suspeita de massa intracardíaca; embolização séptica esplénica.
O doente é transferido para Unidade de Cuidados Intensivos onde inicia hemodiálise (HD) urgente e daptomicina, assumindo-se diagnóstico de EI. Evolui favoravelmente sendo transferido para enfermaria geral, já sem necessidade de HD. Realiza biópsia renal que é compatível com glomerulonefrite pós infeciosa. Ao fim de 3 semanas de antibioterapia, verifica-se novo agravamento clínico com oligúria, anasarca, IR e reinicia hemodiálise. Diagnostica-se, com apoio de TC tórax e broncofibroscopia, pneumonia eosinofílica que se assume secundária à daptomicina. Após a sua suspensão, inicia clindamicina e cotrimoxazol associados a corticoterapia, verificando-se melhoria progressiva e recuperação da função renal com suspensão de hemodiálise.
Apresenta-se este caso pela sua complexidade, atingimento multissistémico e complicações pouco comuns, que o tornaram um desafio diagnóstico e terapêutico. A deteção e tratamento precoce da pneumonia eosinofílica foi essencial para um desfecho favorável.

P n.º 1453

Arterite de Células Gigantes: a propósito de um caso clínico

Cristiana Camacho(1);Francisca Dâmaso(1);Catarina Gama(1);Margarida Lagarto(1);Ana Margarida Ribeiro(1);João Carlos Oliveira(1);Antony Dionísio(1);Andreia Salgadinho Machado(1);Susana Ramos Jesus(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes e médios vasos que afeta sobretudo indivíduos com mais de 50 anos. Cerca de 50% dos doentes com ACG apresentam também Polimialgia Reumática (PMR), enquanto 15% dos casos com PMR cursam com ACG.
Caso Clínico: Doente de 67 anos, sexo masculino, residente em meio rural, seguido por omalgia bilateral em consulta de Ortopedia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de febre vespertina e sudore nocturna com duas semanas de evolução, associado a visão turva e diplopia intermitentes, dor e exantema inespecífico em ambos os membros inferiores. Analiticamente apresentava VS de 64 mm/h e PCR 39 mg/dL. Realizou TC de corpo que identificou micronódulos pulmonares e hepatoesplenomegália ligeira. Dada a cinética ascendente de parâmetros inflamatórios e a suspeita de zoonose, iniciou empiricamente doxiciclina. Manteve no entanto febre e agravamento da dor com atingimento das cinturas escapular e pélvica. Ao sexto dia de internamento iniciou queixas compatíveis com claudicação mandibular, levantando a suspeita de Arterite de Células Gigantes associada a Polimialgia Reumática. O ecodoppler das artérias temporais mostrou diminuição do fluxo e presença de halo nos ramos parietal e frontal. A biópsia da artéria revelou achados compatíveis com inflamação/arterite. Odoente realizou pulsos de corticoterapia, seguidos de manutenção com prednisolona com melhoria clínica e analítica significativas.
Discussão: Apresenta-se o desafio de um caso de febre sem foco, onde perante a suspeita de ACG com afeção visual se tornou fundamental o início precoce de corticoterapia, devendo sempre ser considerados os riscos inerentes à imunossupressão.

P n.º 1454
Linfoma "triple-hit"
Bernardo Alves Pereira(1);António Tavares(1);Anabela Guimarães(1);Teresa Romão(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças hematológicas

As lesões tumorais têm apresentação, evolução e etiologia diversas. Podem ter origem neoplásica, infecciosa, imunológica, mantendo-se assintomáticas durante anos, ou progredindo de forma acelerada, sendo o seu diagnóstico precoce uma determinante fundamental de prognóstico.

Homem de 45 anos, fumador, com quadro de dor escapular com 10 dias de evolução, a que se associaram, dor abdominal, diarreia sanguinolenta e náuseas, apresentando dor à palpação das regiões escapular direita e abdominal, LDH de 2984 U/L e TC toracoabdominopélvica com massa apical direita extrapulmonar, lesão centrada ao mesocólon transverso, volumosa, abraçando o cólon e o estômago e uma 3ª massa cecal. A colonoscopia revelou compressão extrínseca intestinal. Durante o estudo das amostras biológicas (intestino e tórax) observou-se rápida deterioração clínica: astenia, dor, insuficiência respiratória, associados a aumento da massa abdominal, ascite e derrame pleural. A citometria de fluxo do líquido ascítico revelou células linfóides B monoclonais (cLambda+, CD20+, CD10+, CD38+) permitindo o diagnóstico preliminar de linfoma e o início de corticoterapia com melhoria clínica. A histologia e o estudo complementar permitiram o diagnóstico de linfoma B de alto grau (HGBL), "triple-hit", estádio IVB com envolvimento intestinal, peritoneal, pleural, torácico e cervical baixo, poupando a medula óssea (MO) e o sistema nervoso central (SNC). O doente iniciou quimioterapia, com alta após 1 mês de hospitalização e resposta completa aos 2 meses de tratamento.

O linfoma "triple-hit" é um tipo incomum de HGBL em que existe o rearranjo simultâneo dos genes MYC, BCL2 e BCL6. São características a doença extranodal, LDH elevada e envolvimento da MO e SNC, com evolução agressiva e mau prognóstico. A apresentação do doente: extranodal, com carga tumoral predominantemente abdominal, mimetizando neoplasia intestinal extensa e disseminada, evidencia a importância da citometria de fluxo no rápido diagnóstico de linfoma.

P n.º 1455
Pericardite aguda secundária a Azacitidina
Bernardo Alves Pereira(1);António Tavares(1);Anabela Guimarães(1);Teresa Romão(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Outro

A pericardite aguda é uma síndrome inflamatória do pericárdio caracterizada por: dor torácica típica (pleurítica, que alivia com a anteflexão do tronco), atrito pericárdico, alterações electrocardiográficas (supradesnivelamento do segmento ST [SST] e depressão do segmento PR dispersos) e derrame pericárdico (DP). A sua etiologia, na grande maioria dos casos desconhecida, pode ser dividida em causas infecciosas (+ frequentes) e não infecciosas (autoimune, neoplásica, metabólica, associada a fármacos).

Mulher de 71 anos, com diagnóstico de leucemia mielóide aguda (LMA) há 1 mês, no 17º dia do 1º ciclo de Azacitidina (AZA), inicia quadro de febre, astenia, cefaleias e toracalgia pleurítica, apresentando-se clinicamente estável, com pancitopenia e proteína C reactiva aumentada (33 mg/dL). Presumindo-se neutropenia febril, iniciou antibioterapia empírica. Por agravamento da toracalgia, com Troponina T estável, electrocardiograma com SST difuso (DI, DII, aVL, V2, V3, V5 e V6) e ecocardiograma transtorácico com DP, foi diagnosticada pericardite aguda, que foi medicada com Colchicina. A doente apresentou resolução da toracalgia, apirexia, normalização das alterações electrocardiográficas e diminuição do volume de DP. Sem identificação da etiologia da pericardite na investigação clínica, assumiu-se como causa a AZA (score de Navanjo 3). A doente teve alta com indicação para manter Colchicina durante 3 meses e suspender Azacitidina.

A AZA é um análogo nucleosídico pirimidínico da citidina, inibidor da DNA metiltransferase, com actividade antineoplásica, utilizado no tratamento da LMA. Este fármaco foi associado a fenómenos de cardiotoxicidade (pericardite e miocardite), como efeito de classe imunomediado. A relação temporal entre a administração do fármaco e a instalação do quadro permitiram estabelecer esta associação, que apesar de frágil, alerta para a importância deste efeito adverso no doente com toracalgia, sob agentes hipometilantes.

P n.º 1457

Quando a emenda é pior que o soneto - Aplasia Eritroide Pura após rejeição de transplante renal.

Luís Neves da Silva(1);Margarida Monteiro(1);Márcio Tavares(1);Teresa Pimentel(1);Valentim Lopes(1);Vanessa Palha(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A aplasia eritroide pura (AEP) é uma causa rara de anemia hipoproliferativa, caraterizada pela inibição da eritropoiese, com normal megacariopoiese e mielopoiese, que por vezes surge em doentes transplantados renais. As etiologias de AEP são várias e incluem tanto causas genéticas como farmacológicas, infeciosas, neoplásicas e imunomediadas.

Caso Clínico:
Sexo masculino, 70 anos de idade, autónomo, sob hemodiálise por doença renal crónica de etiologia indeterminada, foi submetido a transplante renal de dador cadáver. Realizou indução com globulina antitimocítica 4,5mg/kg e IgIV 2g/kg. Apresentou falência primária do enxerto e múltiplas intercorrências infeciosas com risco de vida pelo que não realizou biópsia renal ou tratamento antirejeição. Assim, manteve estratégia de hemodiálise e suplementação com epoetina alfa.
Um mês depois desenvolveu anemia hipoproliferativa, sem outras citopenias e sem perdas hemáticas, dependente de transfusão de 2U de glóbulos rubros por mês, quando, pré transplante, apresentava uma hemoglobina média de 10g/dL, sem necessidade transfusional. Realizou transplantectomia dois meses após transplante, sem alterações significativas.
Por manter anemia com necessidade transfusional, volvidos 6 meses, foi realizado estudo que não mostrou ferropenia, hemólise, défice de ácido fólico ou de vitamina B12. Realizada biópsia de medula óssea que evidenciou AEP, com cariótipo normal e FISH sem alterações de relevo. A pesquisa de DNA de parvovírus B19, CMV e EBV foi negativa. Suspendeu a epoetina alfa, sem melhoria. Assumiu-se o diagnóstico de AEP pós transplante renal de possível causa imune e iniciou ciclosporina.
Após 6 meses, não apresentou resposta ao tratamento.

Discussão:
Este caso de AEP mostra a dificuldade de tratar uma doença rara, com várias etiologias possíveis. Primeiro, foi suspensa a epoetina pois é uma causa potencialmente reversível de AEP. No entanto, por manutenção da anemia, ausência de evidência de outra etiologia e pela relação temporal com o transplante, foi iniciada ciclosporina por suspeita de mecanismo imune, mecanismo este que tem sido um dos propostos nos doentes com AEP pós transplante renal. Contudo, por ausência de resposta, terá de se reavaliar o uso de outro imunossupressor e possivelmente descartar outras causas secundárias.

P n.º 1458

Um caso de pericardite recorrente e a hipótese da autoinflamação local

Luís Neves da Silva(1);Ana Luís Vasconcelos(1);Ana Mosca(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
Cerca de 80% das pericardites agudas são definidas como idiopáticas. Como 15 a 50% apresentam recorrência em 18 meses, torna-se um desafio desgastante para clínicos e doentes. Contudo, com a melhor compreensão fisiopatológica, têm sido propostos perfis de recorrência, havendo um fenótipo que sugere um mecanismo autoinflamatório localizado, possibilitando uma melhor abordagem ao problema.

Caso Clínico:
Sexo masculino, 46 anos de idade, sem antecedentes de relevo, foi internado por miopericardite. Realizou ecocardiograma transtorácico e RMN cardíaca, que não demonstraram alterações. O valor máximo de troponina I (TpI) foi de 2.2 ng/mL. Teve alta com colchicina e acetilsalicilato de lisina em esquema de desmame.
Cerca de dez semanas depois, duas semanas após suspensão de colchicina, ocorreu recidiva de toracalgia e febre. Foi internado por pericardite aguda, desta vez com derrame pericárdico de pequeno volume, sem aumento de TpI e com aumento de parâmetros inflamatórios. O estudo de causas autoimunes, neoplásicas e infeciosas foi negativo. Teve alta após controlo sintomático com acetilsalicilato de lisina 1800mg de 6/6h, colchicina 0,5mg de 12/12h e paracetamol 1000mg de 8/8h.
Duas semanas depois, foi novamente internado e, como no episódio prévio, com um perfil inflamatório importante, febre, toracalgia a cada 6-8 horas e um derrame pericárdico de moderado volume. Só após o início de prednisolona 40mg é que se conseguiu controlo da doença.
Nove meses depois o doente já não se encontrava medicado e não apresentou novas recidivas.

Discussão:
O fenótipo de recorrência marcado por início abrupto de febre, toracalgia, aumento importante dos parâmetros inflamatórios e derrame pericárdico, como neste caso, tem sido associado a um mecanismo autoinflamatório localizado ao pericárdio, com boa resposta aos inibidores da IL-1, estes particularmente úteis em doentes dependentes de corticóide ou colchicina. Nota-se que as síndromes autoinflamatórias sistémicas raramente se apresentam de início com pericardite. Contudo, deve-se testar a presença de TRAPS, principalmente se existir história familiar, recorrências múltiplas ou fraca resposta à colchicina, pois a mutação TNFRSF1A de baixa penetrância é encontrada até 6% dos casos, sendo uma hipótese a testar neste doente se voltar a ter recorrência.

P n.º 1462
Jelly Belly

Daniela Barbosa(1);Joana Carvalho de Sousa(1);Tatiana Pacheco(1);Lígia Rodrigues Santos(1);Nuno Magalhães(1);Alice Castro(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças raras

Introdução:
A ascite é um sinal clínico presente em múltiplas patologias, sendo mais prevalente na doença hepática crónica (DHC). A possibilidade de sobreposição etiológica poderá atrasar o diagnóstico e tratamento dirigido. O Pseudomixoma Peritoneal (PMP) é uma patologia rara caracterizada pelo envolvimento peritoneal mucinoso difuso a condicionar ascite, muitas vezes associado a uma lesão mucinosa do apêndice.

Caso clínico:
Homem, 42 anos, DHC conhecida, etiologia etanólica, sem complicações conhecidas e sem terapêutica habitual. Admitido em anasarca com ascite grau 3. Do estudo do líquido ascítico (LA): leucocitose (26253/uL) com 77% polimorfonucleares, gradiente albumina sero-ascítico não compatível com hipertensão portal (0.6g/dL), adenosina deaminase ligeiramente aumentada (61U/L), desidrogenase lática aumentada (5949UI/L) e consumo de glicose (<10mg/dL), a sugerir peritonite bacteriana secundária. Isolado S. Aureus multissensível no LA, tendo iniciado antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Sem evidência de ponto de partida de peritonite abordável cirurgicamente. Por ausência de melhoria e para alívio sintomático, reabordado o LA múltiplas vezes e excluídas outras causas infeciosas, nomeadamente M. tuberculosis. Citologias sem células neoplásicas. Alfafetoproteína negativa. Ecograficamente, ascite de grande volume com septos de fibrina. Tomografia revelou ascite enquistada e desvio posterior dos órgãos abdominais a sugerir PMP associado a múltiplas adenomegalias pélvicas. Ressonância magnética a corroborar diagnóstico de PMP. Proposta abordagem laparoscópica e biópsia peritoneal recusadas pelo doente, que evoluiu desfavoravelmente.

Discussão:
O PMP apresenta-se geralmente com sinais e sintomas inespecíficos. A sobreposição com DHC dificulta o diagnóstico por se tornar fator concorrente para a presença de ascite. O caso destaca a importância dos diagnósticos diferenciais na abordagem da ascite, alertando para etiologias multifatoriais.

P n.º 1465
Uma causa pouco provável de fasceíte
Carla Pires Gomes(1);Jennifer Costa(1);Cátia Pereira(1);Cristina Nunes(1);Elisabete Pinelo(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A fasceite necrotizante é uma infeção pouco comum e com alta taxa de mortalidade. A sua localização na parede torácica é rara e descrita em poucos casos estando estritamente relacionado com instrumentação, trauma, pós-operatórios e inoculação pontual.

CASO CLÍNICO
Homem de 87 anos, autónomo, com antecedentes de Diabetes Mellitus 2 e doença renal crónica em hemodialise.
Recorreu à urgência por quadro de mal estar geral, dor torácica e febre no domicilio com 4 dias de evolução. Doente recorreu no mês anterior ao SU por síndrome urémico com erupção cutânea disseminada e pruriginosa.
À admissão consciente, colaborante e orientado, com palidez cutânea, eupneico, sem insuficiência respiratória, hipotenso e taquicardico. Mão direita com sinais inflamatórios exuberantes com flutuação.
Radiograficamente com opacidade no hemitorax esquerdo, realizada tomografia computorizada de tórax com fasceíte necrotizante na vertente antero-superior do hemitórax esquerdo, com envolvimento do musculo peitoral e extensão ao parênquima pulmonar no lobo superior esquerdo. Na ecoscopia torácica massa heterogénea de 3.2x2.8cm, pouco vascularizada, aparentemente com origem no espaço intra-pleural, com efeito de compressão vascular no ápex torácico.
Iniciou antibioterapia de largo espetro empiricamente. Necessidade de admissão no serviço de Medicina Intensiva por sépsis grave. Confirmada bacteriemia por Staphylococcus aureus multissensivel e realizada drenagem guiada por TAC com isolamento do mesmo agente.
Apesar de boa evolução clínica aumento das dimensões do abcesso com necessidade de colocação de novo dreno torácico, com boa resposta. Antibioterapia dirigida com Flucloxacilina, que manteve durante 12 semanas, com melhoria sustentada.
DISCUSSÃO
O caso apresentado foi diagnosticado como sépsis resultante de disseminação hematogénea de fasceíte necrotizante torácica complicada com abcesso pulmonar, nestes casos é importante ter em consideração a etiologia da fasceíte para pôr em curso a marcha diagnóstica e orientar para o organismo mais provavelmente implicado, que permite iniciar antibioterapia empirica adequada, levando assim a uma melhor probabilidade de resolução do quadro.

P n.º 1468

Glomerulonefrite associada à endocardite bacteriana – A propósito de um caso clínico

Natacha Batista Mourão(1);Rita Bragança(1);Marta Bernardo(1);Natália Lopes(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A Endocardite Infeciosa (EI) é uma entidade com atingimento multissistémico. Até 30% dos doentes apresentam disfunção renal, complicação esta associada a um pior prognóstico, que pode decorrer de enfarte renal por embolia séptica, toxicidade induzida por fármacos/contraste ou glomerulonefrite.
Caso Clínico:
Homem, 53 anos, com antecedentes de Hepatite C curada e toxicodependência em programa de substituição de metadona. Recorre ao Serviço de Urgência por cansaço para esforços progressivamente menores, anorexia e perda ponderal com 3 meses de evolução, nos últimos 10 dias sudorese noturna, edemas periféricos e urina castanha. Objetivamente encontrava-se febril, com sopro sistólico grau II/VI panfocal e bordo esplénico palpável. Analiticamente a destacar anemia microcítica, VS de 129mm/h e lesão renal aguda (creatinina 3.5mg/dL). Para esclarecimento etiológico da disfunção renal, foi excluída a realização de nefrotóxicos recentes (fármacos ou exames com contraste), no estudo alargado: C3c e C4 reduzidos, autoimunidade negativa, proteinúria em faixa não nefrótica (1.33g/24h), eritrócitos dismórficos e cilindros eritrocitários na urina. Ecografia renal sem alterações. Isolamento de Enterococcus faecalis multissensível nas hemoculturas. Ecocardiograma transtorácico e transesofágico revelou múltiplas vegetações a condicionar insuficiência aórtica severa. Foi admitida EI subaguda complicada com glomerulonefrite, iniciou tratamento com ceftriaxona e ampicilina (durante 6 semanas) e foi submetido a substituição valvular. No follow-up após alta, verificou-se resolução do quadro, nomeadamente com normalização da função renal.
Conclusão:
A glomerulonefrite, é uma complicação imunomediada da EI subaguda, cujo tratamento passa pela resolução da infeção. O quadro arrastado e sintomatologia pouco específica, tornaram o diagnóstico mais difícil, pelo que a realização de uma investigação diagnóstica completa foi fundamental para o início de tratamento dirigido precocemente.

P n.º 1472

Espondilodiscite complicada com romboencefalite após uma infeção do trato urinário por E. Coli

Francisca Melo Ferreira(1);Cátia Barra(1);Ana Borges(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A espondilodiscite é uma infeção da coluna. Os principais microorganismos identificados são a bactérias gram-positivas, sendo as gram-negativas causas raras. A infeção pode difundir-se para os compartimentos circundantes e levar à formação de abcessos epidurais (AE), uma condição invulgar, mas grave. Foram identificados vários fatores de risco associados como a diabetes e a imunossupressão. O diagnóstico é baseado em dados clínicos, laboratoriais e radiológicos. O tratamento baseia-se em abordagens conservadoras e cirúrgicas.
Caso Clínico: Relatamos o caso de um homem de 60 anos, diabético tipo 2, que se apresentou com dor lombar após um internamento nos cuidados intensivos por urosépsis a E. Coli. Ao exame objetivo apresentava-se febril com dor à palpação da coluna lombar e da região paravertebral. Ao exame neurológico tinha diminuição da força muscular dos membros inferiores a nível proximal e reflexos rotulianos e aquilianos abolidos. Nas análises apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou ressonância magnética (RM) da coluna e crânio-encefálica (CE) que mostrou espondilodiscite e AE a nível L4 e L5, abcessos nos músculos paravertebrais e no psoas bem como focos de realce leptomeni´ngeos no cerebelo a sugerir também envolvimento infecioso a este nível. Foi realizada drenagem dos abcessos paravertebrais com isolamento de E. Coli. Iniciou linezolide e ceftrianoxe, com boa evolução clínica, analítica e imagiológica.
Discussão: A espondilodiscite e os AE causados por E.Coli são raros. O diagnóstico precoce pode prevenir complicações devastadoras e evitar a necessidade de tratamentos invasivos. Apesar de incomuns, microorganismos como a E.Coli, devem ser considerados, especialmente quando há fatores de risco.

1. Moustafa A, Kheireldine R, Khan Z, Alim H, Khan MS, Alsamman MA, et al. Cervical Spinal Osteomyelitis with Epidural Abscess following an Escherichia coli Urinary Tract Infection in an Immunocompetent Host . Case Reports in Infectious Diseases. 2019 Apr 16;2019:1–5.
2. Widdrington J, Emmerson I, Cullinan M, Narayanan M, Klejnow E, Watson A, et al. Pyogenic Spondylodiscitis: Risk Factors for Adverse Clinical Outcome in Routine Clinical Practice. Medical Sciences. 2018 Oct 30;6(4):96.

P n.º 1473
MIOCARDITE - UMA COMPLICAÇÃO RARA DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Francisco Barreto(1);Sofia Nóbrega(2);Rui Fernandes(2);Carolina Carvalhinha(2);Carolina Henriques(2);Rafael Freitas(2)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A miocardite diz respeito a uma inflamação do músculo miocárdico que ocorre geralmente por uma resposta pró-inflamatória do organismo perante determinada infeção ou outro trigger. Embora raros, têm sido descritos casos de miocardite pós vacinal envolvendo as imunizações contra a covid-19, sendo estes mais comuns em adolescentes do género masculino e após a 2º dose.

CASO CLÍNICO
Mulher 31 anos, sem antecedentes de relevo e sem medicação habitual. Sem hábitos toxifílicos. Recorre ao serviço de urgência com quadro com um dia de evolução de dor torácica anterior e posterior, região cervical e membros superiores. Negava febre, tosse, dispneia, disgeusia ou anosmia. Referia toma da 2º dose da vacina COMIRNATY três dias antes. Sem alterações no exame objetivo. Sem alterações na telerradiografia de tórax posteroanterior e eletrocardiograma. Analiticamente com Troponina T de alta sensibilidade 0.398 ng/mL, CK de 326 U/L com CK-MB 48 U/L, proteína C reactiva de 23 mg/L. Do estudo em internamento apresentava serologias EBV, CMV, enterovirus, e mycoplasma negativos, PCR SARS-COV 2 negativa e IgG para sarscov 2 positivo (mas refere IgM negativo ou PCR para sars-cov negativa). Ecocardiograma transtorácico sem alterações. Apresentou boa evolução clínica com terapêutica de suporte (fluidoterapia e analgesia), com normalização dos valores dos biomarcadores cardíacos. Teve alta da enfermaria ao fim de 4 dias. Manteve seguimento em consulta de cardiologia, sem recorrência dos sintomas, a aguardar a ressonância magnética (RMN) cardíaca de perfusão e com indicação para protelar a dose de reforço para depois da RMN.

CONCLUSÃO
Os autores pretendem com este caso reforçar a ideia de que a miocardite, apesar de rara, é uma entidade a ter em conta em doentes com dor torácica e recém imunizados contra a covid-19. Salienta-se o facto de se tratar de um quadro com resposta clínica favorável a curto prazo com o repouso e tratamento de suporte, com baixa morbimortalidade subsequente, conforme descreve a literatura mais atual.

P n.º 1477

Sépsis com origem em quisto hepático infetado – uma complicação pouco frequente

Patrícia Amaral de Almeida(1);Margarida Gaudêncio(1);Ana f. Costa(1);Ivo Barreiro(1);Teresa Alfaiate(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A doença poliquística hepática (DPQH) apresenta-se, na sua maioria, sem manifestações clínicas e analíticas. Contudo, a infeção de quistos hepáticos, apesar de rara, é uma complicação potencialmente severa, podendo originar sépsis e, até, a morte. O tratamento mantém-se desafiador, desde antibioterapia até medidas mais invasivas.
Caso clínico: Mulher de 55 anos, com antecedentes de DPQH, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, náuseas e vómitos com 3 dias de evolução. Apresentava massa dolorosa no hipocôndrio direito e febre. Analiticamente tinha trombocitopenia (43000/uL), elevação das transaminases 2 LSN (limite superior do normal) e da proteína C reativa (313,97 mg/L). A ecografia abdominal mostrou múltiplos quistos hepáticos (o maior no segmento IV com 18 cm) e a tomografia computorizada abdomino-pélvica salientou projeção do maior quisto a condicionar desvio de órgãos adjacentes, ectasia das vias biliares e ascite peri-hepática. Foi iniciada antibioterapia empírica com Metronidazol e Ceftriaxone.
Ao 5º dia de internamento, por ausência de melhoria das queixas álgicas, evolução analítica para insuficiência hepática aguda e manutenção da elevação dos parâmetros de fase aguda, foi realizada punção aspirativa do maior quisto. Paralelamente, nas hemoculturas foi identificada Klebsiella aerogenes (KA) e ajustada antibioterapia para Ciprofloxacina. O mesmo patogéneo foi identificado no líquido drenado, corroborando o diagnóstico de sépsis com origem em quisto hepático infetado.
Ao 14º dia, por persistência da febre, foi realizada punção aspirativa do 2º maior quisto e alterada antibioterapia para Piperacilina e Tazobactam, com melhoria clínica e analítica.
A doente foi avaliada em consulta, 2 meses depois, encontrando-se assintomática e sem agravamento analítico.
Discussão: Os autores apresentam este caso clínico não só para salientar uma complicação pouco frequente, mas potencialmente grave, da DPQH, bem como para demonstrar o desafio terapêutico associado. Apesar de não ser consensual qual a melhor abordagem terapêutica inicial, a antibioterapia empírica é descrita como a mais frequente, embora com taxa de insucesso não negligenciável. A abordagem percutânea ou cirúrgica podem ser necessárias, contudo o único tratamento curativo é o transplante hepático.

P n.º 1484
Edema membros inferiores … ao encontro do diagnóstico
Catarina Pinto Silva(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A neoplasia gástrica é uma entidade frequente com distribuição mundial, sendo que aquando do seu diagnóstico, a doença frequentemente já se encontra num estadio avançado, com disseminação para vários órgãos. O carcinoma pouco coeso com células em anel de sinete representa um subtipo histológico raro de carcinoma gástrico.
Caso clínico: Homem de 49 anos, sem antecedentes de relevo, internado no serviço de Medicina Interna por edema assimétrico dos membros inferiores (MI) desde há 2 meses, em agravamento progressivo. Após estudo exaustivo, analítico, imagiológico e endoscópico não se percecionaram alterações de relevo, orientado para Consulta de Medicina para prosseguir estudo e vigilância. Decorrido 1 mês, internado novamente por agravamento de edema assimétrico MI, tumefacção cervical esquerda e dispneia para pequenos esforços, associada a perda ponderal involuntária de 3Kgs em 1 mês. Do estudo realizado, tomografia computorizada (TC) cervical a revelar trombose da veia jugular interna esquerda extensa e TC toraco-abdomino-pélvico com tromboembolismo pulmonar bilateral e espessamento parietal discreto e irregular no fundo gástrico, bem como adenopatias mediastínicas inespecíficas. Repetiu estudo endoscópico que não declarou alterações. A ressonância magnética apenas valorizou pequenos gânglios adjacentes à pequena curvatura gástrica, inespecíficos. Realizou tomografia por emissão de positrões (PET-CT), sem alterações hipermetabólicas sugestivas de lesões neoplásicas malignas de alto grau metabólico em atividade. Posto isto, optou-se por repetir novamente estudo endoscópico alto e ecoendoscopia cuja histologia revelou carcinoma pouco coeso com presença de células em anel de sinete. Orientado para consulta de Cirurgia Geral para estabelecimento de tratamento e prognóstico.
Discussão: O presente caso clínico demonstra o desafio diagnóstico em Medicina Interna e pretende realçar a importância de estudo exaustivo dada a persistência e agravamento da sintomatologia. O carcinoma gástrico pouco coeso em células de sinete demonstrou ser, pela bibliografia, uma entidade rara que acomete sobretudo jovens e que está maioritariamente associada a um subtipo de neoplasia mais agressivo

P n.º 1485

Doença da aglutinina ao frio, uma pista para o diagnóstico final

Andreia Mandim(1);Ana Sofia Silva(1);Gonçalo Mesquita(1);Joana Vasconcelos(1);Sara Moreira Pinto(1);Juliana Moutinho(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças hematológicas

A doença das aglutininas do frio é uma doença rara, menos comum que a anemia hemolítica autoimune a anticorpos quentes. Tipicamente no sexo feminino entre os 60 e 70 anos, sendo a secundária mais comum em infeções por M. Pneumoniae e Epstein-Barr, ou em neoplasias linfóides como linfomas e leucemia linfocítica crónica. Apresentamos um caso com doença das aglutininas do frio secundária a neoplasia linfóide como primeira manifestação da doença. Homem, 66 anos recorreu ao SU por quadro com um mês de evolução de tosse seca, astenia e anorexia. Apresentava-se pálido, febril e hipotenso. Do estudo apresentava anemia normocítica normocrómica com hemoglobina de 4,6 g/dL e leucocitose a motivar múltiplas transfusões sem qualquer rentabilidade. Realizada TC-Tórax, abdómen e pélvica com massa com contornos irregulares, lobulada ultrapassando os limites do rim esquerdo com extensão anterior podendo traduzir conglomerado adenopático adjacente/ continuação de massa sólida intra-renal assim como grande ansa do ilíaco com 2 lesões secundárias.Histologia da biópsia da massa renal revelou linfoma B de células grandes e restante estudo analítico com anticorpos a frio positivos. Durante o internamento anemia sintomática de difícil gestão pelo que foi transferido para unidade de hemato-oncologia para prosseguir tratamento. Apresentamos este caso dada a raridade da doença de aglutininas a frio, sobretudo como forma de apresentação de uma doença comum como o linfoma.

P n.º 1491

A SÍNDROME NEFRÓTICA: QUANDO A CAUSA ESTAVA À VISTA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Marta Quaresma(1);Ana Azevedo(1);Zara Soares(1);Filomena Esteves(1)
(1) Hospital Vila Franca Xira

Tema: Doenças renais

A síndrome nefrótica (SN) caracterizada pela presença de proteinúria>3.5g/dia, hipoalbuminémia<3.5g/dL, edema, hipercolesterolemia e lipidúria, tem várias etiologias possíveis, constituindo um desafio diagnostico.
Descrevemos o caso de uma mulher de 84 anos com antecedentes de doença cerebrovascular, anemia multifatorial e úlceras crónicas dos membros inferiores (MIs), estas últimas com 15 anos de evolução, que recorreu à urgência por tosse produtiva desde há 8 dias. Da avaliação inicial destaca-se: sinais de sobrecarga hídrica- murmúrio vesicular diminuído e edema dos MIs; radiografia tórax com reforço peri-hilar e derrame pleural bilateral e avaliação analítica a revelar hemoglobina de 8.5g/dl, elevação dos parâmetros inflamatórios, creatinémia de 3.7 mg/dL, acidemia metabólica, proteinúria 1000 mg/dl e glicosúria 200 mg/dL. Foi internada por infeção respiratória- resolvida após ciclo de antibioterapia- e disfunção renal proteinúrica, de novo. Do estudo da disfunção renal destaca-se: ecografia renal com diferenciação corticomedular conservada, relação proteinúria/creatinúria de 23 g/g e hipoalbuminémia- compatível com SN. Realizado estudo etiológico, que revelou aumento da proteína sérica Amiloide A (34 mg/L.). A hipótese diagnostica de amiloidose, foi confirmada após biópsia da gordura abdominal - compatível com Amiloidose AA.
A amiloidose AA associa-se a doenças inflamatórias crónicas, em que ocorre um aumento da produção de proteína amilóide A sérica (reagente fase aguda com potencial amiloidogénico), que após clivagem se deposita nos tecidos. Se existir envolvimento renal, a SN é a forma de apresentação mais comum. Neste caso, o processo inflamatório crónico associado às ulceras exuberante dos MIs, foi a única causa possível encontrada. Realça-se a importância da investigação etiológica da disfunção renal, a pertinência de considerar todos os antecedentes e a potencial gravidade associada a uma patologia benigna quando não valorizada e tratada atempadamente.

P n.º 1495

Doença de Graves após hipotiroidismo crónico em doente com Diabetes mellitus tipo 1

Andreia Pataco(1);Catarina Senra Moniz(1);Cláudia Câmara Rodrigues(1);Luís Dias(1);Isabel Sousa(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A Diabetes mellitus (DM) tipo 1 associa-se frequentemente à Doença tiroideia autoimune. A tiroidite de Hashimoto tem uma prevalência entre 15-30% e a Doença de Graves entre 6-10% dos doentes com DM tipo 1. A última caracteriza-se pela presença de autoanticorpos do recetor TSH (TRAbs) positivos, e a oftalmopatia de Graves é a principal manifestação extra-tiroideia. Os doentes com DM tipo 1 apresentam mais frequentemente e com maior gravidade oftalmopatia de Graves.
Caso Clínico: Mulher de 38 anos, antecedentes pessoais de DM tipo 1 com 13 anos de evolução, com bom controlo metabólico, sem complicações conhecidas, Hipotiroidismo por Tiroidite de Hashimoto. Após 5 anos de seguimento na consulta de Endocrinologia, refere queixas de cansaço marcado e hipersudorese e ao exame objetivo com exoftalmia bilateral, mais marcada à esquerda. Realizou TC das órbitas que revelou globos oculares ovalados e ligeira assimetria dimensional dos músculos oblíquos superiores, discretamente mais espesso à esquerda. As análises foram compatíveis com Doença de Graves: TSH 0.31uUl/mL, T4L 1.05ng/dL, T3L 2.71pg/mL, TRAbs positivo (2.25U/L). Suspendeu, de forma progressiva, a terapêutica com levotiroxina 100mcg, tendo-se mantido em eutiroidismo desde então. A avaliação por Oftalmologia confirmou quadro de exoftalmia de Graves e optou-se por realizar pulsos semanais de metilprednisolona (6 pulsos de 500mg e 6 pulsos de 250mg). Por ausência de melhoria clínica e imagiológica iniciou terapêutica imunomodeladora com Tocizilumab.
Discussão: Do nosso conhecimento, este é o segundo caso reportando o aparecimento de Doença de Graves após hipotiroidismo crónico num doente com DM tipo 1. Este caso reforça a importância de rastrear periodicamente a patologia autoimune associada à DM tipo 1.

P n.º 1500

Forma rara de diabetes associada a corticoterapia

Andreia Rodrigues Lopes(1);Sofia Rosado Julião(1);Maria Eduarda Lourenço(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Os glucocorticóides (GC) têm múltiplas indicações terapêuticas. Estão associados a vários efeitos adversos, nomeadamente hiperglicémia. A cetoacidose diabética, porém, é um efeito raro.
Caso clínico: Mulher de 53 anos, melanodérmica, obesa, não diabética. Em Setembro de 2021 é-lhe diagnosticada sarcoidose, manifestada por adenomegálias mediastínicas e lesões cutâneas dos membros inferiores (confirmação histológica). Medicada com prednisolona (20 mg/dia), verificou-se franca regressão de manifestações de doença. Cinco meses depois recorreu ao Serviço de Urgência por astenia intensa, náuseas, polidipsia e poliúria; foi comprovada cetoacidose diabética – hiperglicémia (467 mg/dL), cetonémia (7 mmol/L), acidémia metabólica (pH 7.281, HCO3 13 mmol/L). Documentou-se HbA1c 12.7%, péptido C reduzido (0.40 ng/mL), pesquisa de anticorpos anti-GAD, anti-IA-2, anti-ilhéus de Langerhans e anti-insulina normais. Amilasémia normal; sem lesões morfológicas pancreáticas em tomografia computorizada. Assumiu-se diabetes mellitus possivelmente secundária a corticoterapia, tendo-se obtido bom controlo glicémico sob insulinoterapia.
Discussão: A diabetes secundária a corticoterapia decorre habitualmente de hiperglicémia induzida pelo fármaco, cursando com hiperinsulinémia e insulinorresistência. No entanto, em contexto de exposição prolongada a GC, está descrito um efeito raro, que consiste na apoptose de células beta, com consequente redução da produção e secreção de insulina. No caso presente, foi demonstrada hipoinsulinémia e consequente cetoacidose, por processo não auto-imune e sem lesão pancreática com expressão imagiológica, pelo que se admite a ocorrência deste fenómeno.

P n.º 1505

Um caso raro de "fratura de stent endovascular" no tratamento da Síndrome da Veia Cava superior

Daniela Silvano Maurício(1);Rita Simões(1);João Costelha(1);Ana Rita Afonso(1);Adélia Simão(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Tema: Doenças oncológicas

A síndrome da Veia Cava Superior (VCS) é uma complicação oncológica com limitação funcional associada, causado por trombose da veia ou por compressão da mesma devido ao crescimento tumoral. Atinge 1 em 650 a 3100 doentes oncológicos. A colocação de stents na VCS poderá dar alívio sintomático imediato e de duração prolongada.

Mulher, 67 anos, sem antecedentes de relevo. Seguida em consulta por conglomerado adenopático cervical recorreu ao serviço de urgência por crescimento da referida massa, em 2 meses, provocando edema do membro superior direito, dor não controlada e parestesias associadas. Massa de consistência dura, não móvel.
A doente ficou internada para controlo sintomático e estudo etiológico. Realizada biópsia incisional do gânglio cervical que revelou carcinoma de células indiferenciadas.
Devido à evolução rápida, limitação funcional e dor mantida não controlada, foi realizada flebografia que mostrou "estenose a nível do tronco venoso braquiocefálico e da sua convergência na veia cava superior e redução do calibre da veia cava superior". Foram colocados stents na veia cava superior e na veia subclávia direita com garantia da permeabilidade do membro.
Posteriormente a doente apresentou agravamento da parésia e edema do membro superior direito, disfonia e disfagia para líquidos de novo. A TC do pescoço e tórax de reavaliação demonstrou: "...oclusão do stent da veia subclávia direita e da porção superior do stent da veia cava superior..." Realizada nova flebografia que revelou oclusão por rotação e fratura do stent superior, complicação que foi ultrapassada e colocado novo stent sem complicações e com recuperação parcial do fluxo.

Estudos revelam que os stents são seguros e uma das melhores opções terapêuticas para o tratamento da síndrome da veia cava superior. A fratura de stent é um evento raro. Este caso demonstra a importância de agir perante a clínica e ponderar complicações não esperadas ou menos habituais dos procedimentos técnicos.

P n.º 1506

Um caso de pericardite associado a infeção por SARS-CoV-2

Daniela Silvano Maurício(1);Cristiane Macedo(1);João Costelha(1);Adélia Simão(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A pericardite aguda é uma patologia com múltiplas etiologias, sendo a mais comum a causa viral (80-90%) muitas das vezes interpretada como idiopática por não se obter a identificação do vírus em causa.

CASO CLÍNICO: Homem de 71 anos, com antecedentes de hipertensão e dislipidemia, recorreu ao SU por um quadro de astenia, mialgias, cefaleias e dor torácica anterior de características pleuríticas [LS1] e que aliviava com dorsiflexão. Negada história de febre sem outra sintomatologia do foro cardiorrespiratório. Exame objetivo incluindo exame neurológico sumário não tinha alterações.
Realizado eletrocardiograma no SU que apresentava [LS2] desnivelamento do segmento ST (difuso), mais nas derivações v4-v6. Estudo analítico com troponinas 18.7ng/L com repetição as 3horas com delta negativo; pesquisa de Sars-Cov-2 negativa. Pelo quadro semiológico foi pedida colaboração a Cardiologia que realizou um ecocardiograma que mostrava boa função biventricular, sem alterações da contractilidade segmentar ou outras alterações.
Assumido o diagnóstico de pericardite, o doente foi medicado com colchicina e ibuprofeno para ambulatório.
Três dias após a alta e por manutenção da astenia, das mialgias a que se associaram febre e tosse seca de novo, o doente recorreu novamente ao hospital.
Foi internado pelo presente quadro clínico, assumindo-se um síndrome febril sem foco, sendo que ao terceiro dia de internamento, o doente testou positivo para a covid-19.

CONCLUSÃO: Este caso é representativo de uma das possíveis complicações (a pericardite), embora menos frequente da infeção por SARS-CoV-2; e é elucidativo quanto a uma variante com eventual menor potencial replicativo numa fase inicial de infeção podendo dar testes falsos negativos ressalvando a importância da repetição da testagem.

P n.º 1514

Massa paravertebral lombar - quando a causa não é benigna

Estela Carvalho de Sousa(1);Ana Sofia Ramos(1);Joana Tender Vieira(1);Bruno Besteiro(1);Inês Silva(1);Jorge Almeida(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Tema: Doenças hematológicas

O diagnóstico diferencial de lombalgia na idade adulta é deveras extenso, sendo numa grande percentagem dos doentes de origem músculo-esquelética. A doença neoplásica subjacente exige um elevado nível de suspeição. A compressão epidural da medula óssea é uma complicação relativamente comum de várias neoplasias, causando dor, instabilidade e alterações neurológicas, podendo constituir uma emergência oncológica. No entanto, apenas 20-30% ocorre no segmento lombossagrado.
Apresentamos o caso de uma doente, sexo feminino, empregada de limpeza, 55 anos, com antecedentes pessoais de obesidade e hipertensão, com múltiplos episódios de vinda ao serviço de urgência por lombalgia com um mês de evolução. Por agravamento associado a parestesias nos membros inferiores foi realizada radiografia lombar que mostrou irregularidade em L2, pelo que foi pedida tomografia computadorizada que revelou fratura patológica de L2 associada a volumosa massa paravertebral esquerda. Internada para investigação etiológica. No internamento, realizou ressonância magnética que confirmou lesão tumoral pré-vertebral bilateral, com predomínio esquerdo (10x7x5cm), infiltrando o corpo vertebral de L2 e condicionando compressão do saco tecal. Confirmou-se a natureza hematológica da lesão com imunofenotipagem do sangue periférico e anatomia patológica de core biopsy da massa, traduzindo um linfoma B difuso de células grandes.
Este caso exemplifica uma apresentação atípica de um linfoma na forma de massa paravertebral, alertando para a importância de valorizar sintomas que se apresentam de forma prolongada, sem resolução com instituição de terapêutica, com sinais de alarme associados (neste caso, lombalgia no período noturno, défices neurológicos de novo).

P n.º 1516

Parkinson… talvez sim ou talvez não

SARA FONTAINHAS(1);Maria Inês Bertão(1);Bárbara Baptista(1);Filipa Baptista(1);Ivo Barreiro(1);Rosário Santos Silva(1);Sónia Campelo Pereira(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hipocalcémia pode manifestar-se como demência, ansiedade, depressão, letargia e sintomas extrapiramidais. Estes sintomas podem estar presentes na doença de Parkinson (DP), que se carateriza por um tremor de repouso. Inicialmente, 80% dos doentes tem bradicinesia. Este sintoma é difícil de descrever pelos doentes que admitem como fraqueza, cansaço, incoordenação ou a incapacidade em iniciar o movimento voluntário. Os sintomas não motores, podem estar presentes em ambas as doenças, dificultando o seu diagnóstico.
Caso clínico:
Mulher de 69 anos, com história de acidente de viação em setembro de 2021 a condicionar várias fraturas, sendo portadora de dorsolombostato. Um mês depois, por queixas de tremor de repouso e postural, astenia e incoordenação, foi avaliada por neurologia com hipótese de DP, altura em que deixou de conseguir andar por parestesias dos membros inferiores, diminuição da força muscular e desequilíbrio. Admitida na Urgência em Novembro por agravamento das queixas motor associado a vómitos diários e perda ponderal. A doente encontrava-se em cadeira de rodas por astenia marcada, vígil e orientada, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Na avaliação da tensão arterial manifestou-se sinal de Trousseau. Perante a suspeita de hipocalcémia, foi avaliado o metabolismo fosfo-cálcico: Cálcio 4,6 mg/dL (Normal:8,4-9,7); Cálcio ionizado 2,30 mg/dL (Normal: 4,61-5,17), Magnésio 0,2 mEq/L (Normal: 1,4-2,1) e Paratormona 37,7 pg/mL (15-65). Após correção dos distúrbios, com melhoria significativa do cansaço e sintomas extrapiramidais, teve alta para um centro de medicina de reabilitação.
Discussão:
A hipocalcémia, pode mimetizar a DP. A presença de clínica de atingimento muscular nomeadamente com parestesias, letargia e tetania bem como manifestações não motoras com astenia marcada associada, podem sugerir a hipótese de DP. Pretende-se enaltecer a importância da avaliação global da Medicina Interna, priorizando a clínica e investigação

P n.º 1520

Eventos cerebrovasculares de repetição em doente com Foramen Oval Patente

Ana Patrícia Brito(1);Daniela Neto(1);Laura Castro(1);Rui Fernandes(1);Fernando Esculcas(1);Helena Sarmento(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O foramen oval patente (FOP) é caracterizado pela persistência da comunicação entre as duas aurículas do coração. Presente em 40% dos doentes com história de acidente vascular cerebral (AVC) criptogénico. O caso aqui apresentado demonstra a importância do estudo da FOP como etiologia de AVC.
Caso clínico: Homem de 58 anos, autónomo. Teve 5 eventos cerebrovasculares no último ano. Recorreu ao SU por disartria. Negava qualquer outra sintomatologia. Ao exame objetivo evidenciava disartria ligeira e PFC esquerda - NIHSS de 2. Analiticamente sem alterações de relevo. Do estudo etiológico foi objetivada uma FA paroxística (já hipocoagulado com apixabano) e um foramen oval patente em ecocardiograma transesofágico. Angio-TC CE e vasos do pescoço sem evidência de lesões isquémicas/hemorrágicas agudas e sem evidência de estenoses carotídeas hemodinamicamente significativas. Durante os internamentos foram excluídas outras possíveis causas de AVC. O doente teve alta do 5º internamento com NIHSS 1 (PFC já minor e sequelar). À data da alta Apixabano substituído por Varfarina. Foi orientado para Consulta de Externa de Cardiologia de forma a avaliar possibilidade de encerramento do FOP.
Discussão: Os doentes com FOP apresentam um shunt direito-esquerdo que predispõe a formação de trombos que podem originar fenómenos embólicos paroxísticos. Tendo em conta a existência de outros fatores de risco cardiovascular neste doente, foi calculada a probabilidade atribuível ao FOP como fator etiológico neste evento cerebrovascular. Para tal, recorreu-se ao Risk of Paradoxical Embolism (RoPE) Score pontuando 5 pontos indicando que cerca de 34% da etiologia se pode atribuir exclusivamente ao FOP. Tendo em conta a recorrência de eventos cerebrovasculares num curto espaço de tempo mesmo sob hipocoagulação o encerramento da FOP deve ser ponderado. Ensaios clínicos demonstram uma incidência de eventos até 5 vezes inferior em doentes com encerramento de FOP versus terapêutica médica.

P n.º 1521

Duodenite eosinofílica – um verdadeiro desafio diagnóstico

Ana Patrícia Brito(1);Daniela Neto(1);Rui Fernandes(1);Fernando Esculcas(1);Helena Sarmento(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A doença eosinofílica gastrointestinal é uma doença inflamatória crónica rara que afeta cerca de 0.1% da população geral. Caracteriza-se pela infiltração de eosinófilos (superior a 30 eosinófilos por campo de grande ampliação) em uma ou mais secções do trato gastrointestinal, tendo por isso uma clínica variável e sendo classificada em função da porção afetada.

Caso Clínico: Mulher de 86 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao SU por quadro de diarreia com cerca de 1 mês e meio de evolução - mais de 4 dejeções líquidas por dia, sem sangue ou muco, associada a dor abdominal. Esta doente teve um internamento 2 meses antes pelo mesmo quadro sintomatológico tendo realizado colonoscopia sem alterações de relevo. Analiticamente com hipocaliemia de 3.03 mEq/L e ligeiro aumento dos eosinófilos no plasma sanguíneo (600 uL). Ficou para estudo etiológico de diarreia crónica.
Durante o internamento com 2/3 dejeções diárias de consistência líquida. Os estudos virológico, bacteriológico e parasitológico de fezes foram negativos, bem como a pesquisa da toxina de Clostridium difficile. Adicionalmente realizou endoscopia digestiva alta tendo o exame histológico da biópsia evidenciado envolvimento da mucosa duodenal por lesões de duodenite linfoplasmocitária a que se associavam eosinófilos (em número superior a 40 eosinófilos por campo de grande ampliação).
Foi diagnosticada duodenite eosinofílica e a doente iniciou corticoterapia com prednisolona oral 40mg/dia durante 15 dias com resolução do quadro de diarreia ao 8º dia. Após o 15º dia começou desmame progressivo da corticoterapia até 10mg/dia de prednisolona.

Discussão: A doença eosinofílica gastrointestinal na qual se inclui o subtipo duodenite eosinofílica apresentado neste caso representa muitas vezes um desafio diagnóstico. Não raras vezes os sintomas persistem durante anos até se conseguir um diagnóstico.

P n.º 1525

Dissecção da Artéria Vertebral: Causa de Acidente Vascular Cerebral em doente jovem

Mariana Salvado de Morais(1);Patrícia Ribeiro Faustino(1);Anabela Nunes(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) no jovem é uma entidade rara, que abrange variadas etiologias, constituindo assim um desafio diagnóstico.
Doente de 42 anos, fumadora e medicada em ambulatório com anti-contraceptivo oral, recorre ao serviço de urgência por quadro de cefaleia e tonturas com 10 horas de evolução, sem trauma associado. Após a triagem, instalação de quadro de hemiparesia esquerda. Neste contexto realizou Tomografia computorizada cranioencefálica (CE) com angiografia verificando-se oclusão da artéria cerebral posterior direita (ACPD) e Artéria Vertebral (AV) esquerda, submetida a fibrinólise e posteriormente tratamento endovascular com trombectomia aspirativa, mantendo contudo. Ressonância Magnética CE com extenso enfarte cerebeloso bilateral, protuberancial punctiforme, talâmico e occipital direito, com evidência de oclusão da ACPD assim como das duas AV por provável dissecção vertebral bilateral. Por agravamento clínico e imagiológico (efeito de massa, hidrocefalia e herniação da amígdala cerebelosa esquerda) submetida a craniectomia descompressiva suboccipital. Durante o internamento foi realizado restante estudo etiológico, sendo excluída aterosclerose de grandes ou pequenos vasos, etiologia cardio-embólica, infecciosa ou auto-imune. Durante o internamento iniciou programa de reabilitação, com melhoria dos défices, mantendo hemiparesia esquerda de predomínio braquial, com força muscular grau 4, ataxia apendicular esquerda e marcha com apoio unilateral. Alta após 30 dias, cumprindo reabilitação motora no domicílio.
Pelas características imagiológicas e clínicas assumida dissecção vertebral bilateral, não tendo sido identificado factor desencadeador e sem evidência de doença do tecido conjuntivo ou outro factor predisponente.
O AVC no jovem está associado a elevada mobilidade, pelo que deve ser realizado estudo etiológico de forma incisiva e célere, de forma a tratar e evitar a recorrência assim que possível. A dissecção da artéria vertebral pode ocorrer de forma espontânea, sem etiologia aparente, sendo este o caso da doente.

P n.º 1526

Lesão Miocárdica aguda em contexto de emergência hipertensiva

Ana Patrícia Brito(1);Rui Fernandes(1);Fernando Esculcas(1);Helena Sarmento(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Uma emergência hipertensiva é a elevação da pressão arterial acima de TA 180/120 mmHg associada a agravamento de condição prévia ou disfunção de novo de um ou vários órgãos. A lesão renal aguda, isquemia miocárdica ou disseção aórtica são alguns exemplos de potenciais consequências desta condição.

Caso Clínico: Mulher de 83 anos, parcialmente dependente, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA) mal controlada com terapêutica anti-hipertensora tripla incluindo furosemida, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca e doença renal crónica.
Recorreu ao SU por mal-estar generalizado e cefaleia intensa com 4 horas de evolução com objetivação no domicílio de TA 221/103 mmHg. À admissão com TA 193/122 mmHg após terapêutica com redução para TA 179/98 mmHg. Analiticamente destacava-se a elevação da troponina I 90 > 300 > 1478 ng/L, 6 horas após a admissão. No ECG em ritmo sinusal com FC 80 bpm e sem alterações do segmento ST.
Fica internada por lesão miocárdica aguda em contexto de emergência hipertensiva.
Ao longo dos primeiros dias de internamento manteve perfil tensional elevado (TA 150-180/70-90 mmHg) sob terapêutica com Clonidina 1.8mg/dia, Perindopril 10mg/dia e furosemida 60mg/dia. Realizou Ecodoppler das artérias renais que evidenciou estenose hemodinamicamente significativa da artéria renal direita. Nesse momento suspendeu o Perindopril e iniciou Amlodipina 10mg/dia. Após início da terapêutica com bom controlo do perfil tensional com TA 129-130/67-78 mmHg à data de alta.

Discussão: A hipertensão arterial resistente define-se como manutenção de perfil tensional elevado apesar de terapêutica otimizada com 3 fármacos anti-hipertensores de classes diferentes, incluindo um diurético.
Assim, perante um caso de hipertensão resistente devem ser excluídas causas de hipertensão secundária como a doença aterosclerótica renovascular tal como foi feito neste caso.

P n.º 1534

Síndrome depressiva: uma causa de insuficiência respiratória grave

Rita Vilar da Mota(1);Ana Rita de Oliveira(1);Miguel Reis Costa(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Bárbara Ramos(1);António Pedro Sousa Fernandes(1);Vítor Hugo Costa(1);Ana Rita Cambão(1);Paula Pestana(1);José Caldeiro(1)
(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Tema: Doenças respiratórias

A pneumonia eosinofílica aguda (PEA) é uma causa rara de insuficiência respiratória grave, caracterizada por febre, infiltrados pulmonares difusos e eosinofilia pulmonar. Há vários fármacos associados à PEA, nomeadamente inibidores seletivos da recaptação da serotonina.
CASO CLÍNICO: Mulher de 81 anos, com antecedentes de síndrome depressiva, medicada com sertralina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) a 28/01, por prostração e astenia, com uma semana de evolução. Sem alterações no estudo realizado, pelo que teve alta, com tratamento sintomático.
Por dispneia, regressou ao SU a 31/01. Realizada TC tórax, com consolidações bilaterais. Assumida pneumonia adquirida na comunidade. Por não apresentar fatores de gravidade, teve alta medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina.
Readmitida no SU a 04/02, por agravamento das queixas e por febre. Para além de insuficiência respiratória ligeira, com agravamento dos parâmetros inflamatórios. Assumida falência terapêutica, pelo que foi internada, sob piperacilina/tazobactam.
Ao fim de 10 dias, por agravamento clínico e analítico, sem identificação de agente, escalada antibioterapia para vancomicina e imipenem. Realizada videobroncoscopia, nomeadamente com lavado broncoalveolar, isolando-se Enterobacter cloacae sensível à antibioterapia em curso e Candida parapsilosis, pelo que iniciou voriconazol.
No 19º dia de internamento, por agravamento clínico, com insuficiência respiratória hipoxémica grave, realizou angioTC do tórax, que demonstrou maior extensão das áreas de consolidação.
Considerando a ausência de resposta à antibioterapia de largo espectro, características imagiológicas e eosinofilia periférica em crescendo (>400), admitiu-se a hipótese de PEA. Neste contexto, a doente foi admitida na Unidade de Medicina Crítica, iniciando ventilação não invasiva e corticoterapia. Suspendeu-se antibioterapia em curso, dada a ausência de benefício. Constatada melhoria clínica ao fim de 24h. Dez dias depois, com alta para o domicílio, sem necessidade de oxigenoterapia.
Os autores apresentam um caso raro de PEA, em provável relação com a toma de sertralina. Pretende-se, assim, alertar para o elevado grau de suspeição necessário para este diagnóstico, uma vez que, quando instituída terapêutica atempadamente, o prognóstico é favorável.

P n.º 1536

Encefalite e vacina COVID-19: relação ou coincidência?

Sofia Santos Pereira(1);Maria Lima Costa(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O vírus da varicela zoster (VVZ) é um vírus neurotrópico que após a infeção primária permanece latente nos neurónios ganglionares de todo o neuroeixo. A sua reativação cursa com manifestações distintas, nomeadamente a encefalite e a paralisia de Bell. Diversos dados apoiam o papel da imunidade mediada por células T na manutenção da latência do VVZ. Descrito com outras vacinas, o efeito modulador da vacina COVID-19 causa uma falha temporária da resposta específica das células T VVZ favorecendo a sua reativação.

Caso clínico: Mulher de 34 anos com quadro cefaleia parietal esquerda e febre com um dia de evolução. Admitida na sala de emergência por convulsão tónica febril. Apresentava-se disártrica, com paresia facial periférica e hemiparesia esquerdas. Tinha recebido a segunda dose de vacina COVID-19 Pfizer na semana anterior e com exceção de varicela na primeira infância, sem nada mais a ressalvar na história médica passada, nomeadamente depressão imunológica, doenças crónicas, trauma ou stress psicológico. O estudo analítico, a TC e angio-TC de crânio eram normais. O exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano era inocente (glicose 59mg/dL; proteínas 30,5mg/dL; leucócitos 4/mm3 com ligeiro predomínio de mononucleares; gram amicrobiano e cultural negativo) porém com pesquisa de VVZ-DNA por PCR positiva. Sob aciclovir apresentou excelente evolução clínica com resolução plena dos défices focais presentes à admissão. Nunca apresentou lesões cutâneas. À reavaliação em consulta de Neurologia mantinha-se clínica e radiologicamente sem sequelas.

Conclusão: A relação de causalidade entre complicações neurológicas e a vacina COVID-19, sugerida pela relação temporal e fundamentada na exclusão de causas alternativas, carece de melhor compreensão clínica e maior robustez epidemiológica pois os casos descritos são poucos. Das complicações associáveis à vacina COVID-19, a encefalite é particularmente rara. Descrevemos um caso infeção por VVZ sem envolvimento cutâneo, condição designada de Zoster Sine Herpete, uma expressão fenotípica igualmente rara digna de registo. Casos o descrito encorajam a notificação de qualquer evento adverso a fim de melhorar a compreensão e facilitar avaliações de segurança do processo de vacinação em massa em curso.

P n.º 1541
O essencial é invisível aos olhos.
Rita Relvas(1);Nuno Ferreira Monteiro(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A colite microscópica faz parte do diagnóstico diferencial etiológico de diarreia crónica, sobretudo em idades avançadas. Porém, importa lembrar que não só 25% dos casos atingem idades inferiores a 45 anos, como a primeira manifestação de diarreia crónica é um quadro agudo.
Caso Clínico: Mulher, 38 anos, funcionária de bordo, internada por quadro de diarreia aquosa, sem sangue ou muco, dor abdominal e anorexia, com 3 dias de evolução. Epidemiologicamente a destacar viagens para Génova, Itália e França nos 3 meses prévios, com regresso nos 15 dias anteriores. À observação clínica com dor à palpação epigástrica, sem defesa. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Coproculturas para Salmonella spp., Shigella spp. e Campylobacter jejuni negativas, bem como estudo imunológico (anticorpos anti-citoplasma de neutrófilo, anti-Saccharomyces cerevisiae, anti-endomisio IgA e anticorpo anti-transglutaminase tecidular IgA). Tomografia computorizada abdominopélvica a revelar densificação da raiz do mesentério com formações ganglionares de natureza indeterminada. Realizado curso de ciprofloxacina e metronidazol, sem melhoria clínica significativa. Colonoscopia sem alterações macroscópicas, com biópsias nas quais se identificam aspetos morfológicos consistentes com colite microscópica do tipo colagenosa. Por manutenção de doença ativa, inicia curso de budesonide, com remissão total das queixas. Mantém seguimento em consulta, sem recorrência do quadro.
Discussão: Não obstante ser caracterizada por um quadro de diarreia crónica, o diagnóstico de colite microscópica deve ser suspeitado em fases mais precoces de doença e numa faixa etária mais alargada, perante exclusão de outros diagnósticos e ausência de melhoria clínica com terapêutica empírica.

P n.º 1543

Disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo – uma apresentação rara de hipertiroidismo.

Pedro Mangas Palma(1);Ana Margarida Fonseca(1);Pedro Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A fisiologia cardíaca e tiroideia encontram-se intimamente relacionadas. Esta relação reflete-se no amplo espectro de complicações cardiovasculares associadas à doença tiroideia. A tireotoxicose afeta a hemodinâmica cardiovascular, originando taquiarritmias, insuficiência cardíaca (IC) de alto débito, e, em casos avançados, cardiomiopatia dilatada.

Caso clínico
Um homem de 77 anos recorre ao serviço de urgência por dispneia progressiva classe IV da New York Heart Association e edema dos membros inferiores com cerca de 2 meses de evolução. Tinha como antecedente a implantação de pacemaker dupla-câmara por bloqueio auriculoventricular completo há 5 anos.
Ao exame objetivo apresentava refluxo hepatojugular, auscultação pulmonar com crepitações em ambas as bases, membros inferiores com edema simétrico até ao nível do joelho e tremor fino das mãos.
Da investigação inicial realça-se eletrocardiograma em ritmo de pacemaker ventricular, radiografia torácica com aumento do índice cardiotorácico e apagamento dos seios costofrénicos bilateralmente. Analiticamente, com BNP 626pg/mL, TSH 0.001µUI/mL e T4 livre 1,73ng/dL, sem outras alterações.
O quadro foi interpretado como IC inaugural, pelo que se prosseguiu na investigação etiológica. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que revelou dilatação ligeira biauricular e do ventrículo direito, com função sistólica do ventrículo esquerdo (FSVE) gravemente comprometida – fração de ejeção estimada de 20,5% pelo método de Simpson. Na interrogação do pacemaker verificaram-se episódios de fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida e a coronariografia não revelou lesões angiograficamente significativas.
A combinação destes achados levou ao diagnóstico de disfunção severa do VE secundária a tireotoxicose. Foi iniciada terapêutica com antitiroideus, hipocoagulação oral e titulou-se a terapêutica modificadora de prognóstico. O estudo subsequente revelou bócio multinodular tóxico e aos 3 meses verificou-se retorno a um estado eutiroideu com recuperação da FSVE.

Discussão
Este caso retrata uma causa rara e potencialmente reversível de disfunção sistólica grave do VE. De facto, a IC pode constituir a manifestação inicial de hipertiroidismo, sendo fundamental o retorno a um estado eutiroideu no seu tratamento.

P n.º 1545
(Não) é só uma anemia ferropénica em idade fértil.
Rita Relvas(1);Nuno Ferreira Monteiro(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: É conhecida a relação entre doenças autoimunes, em particular tiroidite autoimune, diabetes mellitus tipo 1, vitiligo, líquen plano e doença de Addison com doença celíaca e gastrite autoimune. Porém, a associação particular das duas últimas é parcamente descrita na literatura.
Caso Clínico: Mulher, 39 anos, com história de asma e líquen plano, referenciada a consulta para estudo de anemia ferropénica grave dependente de suplementação, com 4 anos de evolução. Clinicamente com cansaço, sem perdas hemáticas visíveis, menometrorragias ou outros sintomas. Dieta variada e equilibrada, sem medicação com potencial ferropénico. Observação clínica sem alterações. Analiticamente, sem suplementação, a destacar anemia microcítica hipocrómica e estudo de cinética de ferro compatível com ferropénia absoluta, sem outros distúrbios. Exame sumário de urina e ecografia abdominal inocentes. Estudo imunológico com positividade franca para anticorpos anti-células parietais, bem como para anticorpos anti-endomísio IgA e fraca para anticorpos anti-nucleares, com anticorpos anti-transglutaminase IgA negativos. Pedida endoscopia digestiva alta, com histologia da mucosa gástrica com hiperplasia linear de células neuroendócrinas, compatível com gastrite autoimune do corpo gástrico em fase inicial e, concomitantemente em mucosa duodenal, presença de infiltrado inflamatório linfoplasmocítico, permeação linfocítica focal significativa do epitélio de revestimento e hiperplasia focal de criptas, achados enquadráveis no contexto de doença celíaca (score de Marsh 2). Pesquisa Hellicobacter pyllori negativa. Referenciação a consulta de gastrenterologia para seguimento clínico especializado.
Discussão: Após exclusão de etiologias mais comuns, a investigação de anemia ferropénica em idade jovem deve incluir doenças mal-absortivas, como a gastrite autoimune e doença celíaca, cujo co-diagnóstico, ainda que raro, deve ser equacionado. Urge a necessidade de estudos que permitam uma melhor elucidação sobre a possível associação destas duas condições.

P n.º 1547
Febre sem foco – uma dor de cabeça.
Rita Relvas(1);Nuno Ferreira Monteiro(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A arterite temporal, doença inflamatória sistémica, pode assumir-se como etiologia de febre sem foco, particularmente em idades avançadas. Os autores apresentam o caso de arterite temporal como causa de síndrome febril indeterminado.
Caso Clínico: Mulher, 78 anos, internada por febre persistente, mal-estar geral e mialgias, negando queixas respiratórias, urinárias ou abdominais. À observação clínica com contratura muscular e rigidez cervical, sem sinais meníngeos. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios. Além de alterações osteodegenerativas, estudo tomográfico da coluna cervicodorsolombar, tórax, abdómen e pélvis, ecografia abdominal e renal e ecocardiograma transtorácico sem alterações relevantes. Estudo cultural (hemo, copro e uroculturas), infecioso (anticorpos anti-Treponema pallidum, antigénio p24 e anticorpo anti-HIV1/2, anti-Bartonella quintana IgM e IgG e anti-Brucella spp. IgM e IgG) e autoimune (fator reumatóide, anticorpos anti-nucleares, anti-péptido citrulinado, anti-dsDNA, anti-SSA/SSB e anti-Sm) negativos. Repetida anamnese durante internamento, indagada presença de claudicação mandibular e predomínio temporal de cefaleia, que se confirma. Assumindo possível arterite temporal, inicia-se terapêutica com colquicina e prednisolona, com franca melhoria clínica e analítica, sem qualquer antibioterapia instituída. Realizada biópsia da artéria temporal, com alta hospitalar sob corticoterapia, a aguardar resultado histológico. Avaliação posterior em consulta, com achados histológicos compatíveis com arterite de células gigantes, corroborando hipótese diagnóstica. Mantém seguimento em consulta, com remissão de sintomatologia sob corticoterapia.
Discussão: A investigação etiológica de febre sem foco deve incluir, após exclusão de etiologias infeciosas e neoplásicas e em particular em faixas etárias mais avançadas, causas autoimunes. Destaca-se a arterite temporal, enfatizando-se a importância de uma anamnese completa e dirigida.

P n.º 1549

Síndrome de Sjögren primário iniciado na infância como parotidite recorrente

Oliveira Baltazar(1);Jorgina Isaias(1);Gisela Mabuko(1);Jemima Patrocínio(1);Manuela Neto(1)
(1) Outro

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune sistémica caracterizada pela infiltração linfocitária das glândulas exócrinas, resultando em disfunção das mesmas. Afecta preferencialmente as glândulas salivares e lacrimais. Classifica-se em SS primário (SSp) que ocorre na ausência de outras doenças autoimunes, SS secundário quando associado a outras doenças autoimunes como a artrite reumatoide (AR), lúpus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia, tiroidite e outras.
Objectivo: chamar a atenção para a prevalência de doença autoimune em África, na raça negra, seguramente subdiagnosticada, pela indisponibilidade de meios complementares de diagnóstico, mas também por ser esta patologia esquecida, não se colocando sequer como diagnóstico presuntivo.
Apresentamos o caso de uma jovem de raça negra, 34 anos, com quadro de parotidites de repetição desde os 12 anos que evoluiu progressivamente para um franco “síndrome sicca”: xeroftalmia e xerostomia, aftose recorrente da mucosa oral, cáries dentárias e bruxismo; múltiplos episódios de querato-conjuntivite, quadros de vaginite e disparêunia. Avaliada ao longo dos anos por múltiplas especialidades, desde a Pediatria, Estomatologia, Maxilo-Facial, Oftalmologia, até Psiquiatria devido ao bruxismo. Permaneceu sem diagnóstico e com intervenções terapêuticas ineficazes.
Aos 34 anos, vem à consulta de Medicina Interna por mais um episódio de parotidite e é feito o diagnóstico de Síndrome de Sjögren primário, admitindo-se ser esta a causa da parotidite recorrente iniciada na infância.
Discussão/Conclusão: O SS é uma doença autoimune com prognóstico relativamente benigno, mas que pode ser incapacitante e reduzir de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos afectados. A presunção do diagnóstico é importante, devido à heterogeneidade das formas de apresentação.
No caso apresentado, a doente andou desde a infância com este estigma, com níveis de angústia e ansiedade, limitações na sua vida profissional e familiar, por não ter um diagnóstico da doença.

P n.º 1553

Calcifilaxia na Doença Renal Avançada: um desafio diagnóstico e terapêutico

João Alexandre Oliveira(1);Daniela Silvano Maurício(1);Sofia Brasil(1);João Costelha(1);Patrícia Mendes(1);Adélia Simão(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças renais

Introdução: A calcifilaxia é uma doença rara (incidência estimada de 1% em doentes com doença renal avançada (1)), caracterizada pela oclusão microvascular dos tecidos cutâneos e subcutâneos resultando em lesões dolorosas. Pode ser secundária a várias patologias, sendo que as principais estão ligadas às doenças autoimunes. Também pode estar associada a alteração do metabolismo do cálcio como acontece na doença renal crónica. Caso clínico: Mulher de 76 anos, com antecedentes de doença renal crónica estadio IV (nefropatia diabética) e doença venosa crónica dos membros inferiores, recorreu ao serviço de urgência por dor intensa e prurido na perna direita com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, foram identificadas lesões ulceradas com exsudado purulento abundante no membro referido. Foi assumido diagnóstico de infeção de úlceras venosas, tendo a doente ficado internada para tratamento antibiótico. Durante o internamento, por má resposta à antibioterapia instituída, foi aprofundado o estudo complementar que mostrou hiperparatiroidismo e hipercalcémia secundários à doença renal; pedida autoimunidade e realizada biópsia das lesões. Não confirmado o diagnóstico de vasculite, o estudo histológico demonstrou deposição de cálcio nos tecidos, fazendo o diagnóstico de calcifilaxia. Por agravamento da função renal e quadro de sobrecarga hídrica, a doente iniciou hemodiálise e tratamento com tiossulfato de sódio, com melhoria marcada das úlceras e restante sintomatologia. Discussão: Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial das lesões ulceradas dos membros inferiores, sobretudo em doentes com doença renal crónica terminal, assim como a mais-valia da técnica de substituição da função renal como arma terapêutica na gestão desta doença e suas complicações.

(1). Hayashi M, Takamatsu I, Kanno Y, Yoshida T, Abe T, Sato Y. A case -control study of calciphylaxis in Japanese end -stage renal disease patients. Nephrol Dial Transplant 2012;27(4):1580 -1584

P n.º 1566

Melanocitose meníngea difusa primária - um caso clínico

Laura Pratas Guerra(1);Ana Rubim Correia(1);Sara Raquel Martins(1);Pedro Maia Neves(1);Rogério Gomes Silva(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Os tumores melanocíticos do sistema nervoso central (SNC) são entidades raras, correspondendo a 1% dos melanomas e a 0.05% dos tumores primários do SNC. A apresentação pode cursar com hidrocefalia, convulsões ou sinais neurológicos focais.
Caso clínico: Homem de 58 anos, fumador activo, sem seguimento médico regular. Apresentou-se com quadro com meio ano de evolução de alteração do comportamento caracterizada por confusão mental e irritabilidade, sonolência diurna e cefaleias fronto-temporais. Evolução com anorexia, vómitos em jacto de predomínio matinal e diplopia. TC crânio-encefálico (CE) a documentar lesões ocupantes de espaço cerebrais. Sem alterações ao exame objectivo, nomeadamente lesões cutâneas, das mucosas ou ungueais suspeitas. Avaliação por Oftalmologia a documentar papiledema, descartando lesões uveais/conjuntivais. Ressonância magnética CE a evidenciar múltiplas lesões supratentorais intra-axiais e de implantação dural com edema vasogénico associado e sinais de hemorragias intra-lesionais, sem hidrocefalia. Sem alterações analítica de relevo. Serologia do vírus da imunodeficiência humana (VIH) negativa. Estudo alargado de primário com TC toraco-abdomino-pélvica, estudos endoscópicos e cintigrafia óssea sem identificação de outras lesões. Tomografia por emissão de positrões (PET) com captação de diversos focos de hipermetabolismo a nível cerebral sugestivos de infiltração maligna. Punção lombar com líquor amicrobiano e citologia a documentar presença de células atípicas, não passíveis de identificação em bloco celular. Biópsia frontal cerebro-meníngea neuronavegada compatível com melanomatose meníngea. Ausência de mutação hotspot no gene NRAS ou mutação V600E do BRAF. Clinicamente com necessidade de titulação de corticóide e de anti-emético. Apresentou crises de novo, apesar de estar sob anti-epiléptico fixo. Repetido TC-CE com evidência de progressão imagiológica das lesões. Discussão multidisciplinar, com decisão terapêutica de radioterapia holocraniana paliativa. O doente veio a falecer poucos dias após o diagnóstico, não tendo chegado a iniciar tratamento.
Conclusão: Apesar da procura insistente, o diagnóstico deste tipo de melanoma do SNC pode ser difícil de alcançar, sendo frequentemente tardio face à agressividade da doença.

P n.º 1572

Dois Órgãos, um Culpado - um caso de Diabetes mellitus e Infeção por Vírus da Hepatite C

Mónica Fidalgo Silva(1);Ruben Reis(1);Sara Gomes(1);Joana Ferreira(1);Sara Santos(1);Fernanda Martins(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A associação entre Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e infeções virais encontra-se já descrita na literatura, sendo estas consideradas um importante fator na patogénese de DM1. A infeção pelo vírus da Hepatite C (VHC) encontra-se entre os mais prevalentes, podendo potenciar uma reação imune que culmina no desenvolvimento de DM1 – tanto como causa como consequência do tratamento.
Apresentamos um homem de 42 anos, com antecedentes de consumo de drogas injetáveis, já suspenso, sem antecedentes familiares de DM. Recorre à urgência por quadro de polidipsia e polifagia com um mês de evolução e perda ponderal de 12 Kg. À admissão sem achados de relevo ao exame físico. A glicémia era superior a 500mg/dL com diagnóstico posterior de cetoacidose diabética (CAD). Em estudo analítico, hemoglobina glicada de 11,5%, AST 105 UI/L e ALT 226 UI/L, GGT 107 UI/L. Das serologias, RNA do VHC positivo, com carga viral de 707268 IU/mL. Iniciou insulinoterapia, com melhoria clínica e analítica. Do estudo de DM – Ac anti Descarboxilase do Ácido Glutâmico 65 positivo; Ac anti Ilhéus Pancreáticos e anti Proteína Transportadora do Zinco negativos. Assumida DM1 por progressão rápida para CAD e anticorpos positivos.
Embora o VHC seja um vírus hepatotrópico, foram já detetadas sequências génicas em órgãos como o pâncreas, assumindo-se a capacidade do VHC infetar tecido extra-hepático. A evidência sugere que o mecanismo de início de DM1 em resposta a uma infeção viral está diretamente relacionado com a destruição das células beta pancreáticas pelo vírus, levando a uma resposta imune contra as mesmas. Neste caso, é possível que o VHC tenha desencadeado uma resposta autoimune pancreática e levado ao desenvolvimento de DM1. De salientar ainda que uma vez que o doente iria iniciar terapêutica para Hepatite C, é ainda mais fulcral o bom controlo metabólico da DM, pois a resposta imunológica associada ao tratamento tem o potencial simultâneo de tratar uma condição e agravar a outra.

P n.º 1574
Descobrindo um Heyde
Rita Soares(1);Joana Marques(1);Nuno Monteiro(1);Filipa Reis(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Doentes com estenose aórtica (EAo) têm risco hemorrágico aumentado, incluindo hemorragia gastrointestinal crónica que geralmente é decorrente de angiodisplasia, a esta associação, denominamos de síndrome de Heyde.
Homem de 64 anos, reformado, referiu queixas de cefaleia de tensão occipital intensa, com uma semana de evolução, associada a tonturas com limitação da marcha, astenia e noção de aumento do perímetro abdominal com duas semanas de evolução. Sem outras queixas. De antecedentes de relevo destaca-se estenose aórtica grave a condicionar insuficiência cardíaca com FE reduzida e hipertensão pulmonar grave, do estudo em ambulatório realizado apresentava ecocardiograma recente com EAo severa e cardiomiopatia dilatada com depressão severa da função sistólica do VE. Estava a aguardar cirurgia de substituição valvular. A acrescentar ainda outros FRCV como DM tipo 2, HTA e dislipidemia. Ao exame objetivo com TA 92/66mmHg, FC 90bpm, apirético, mucosas descoradas, auscultação cardíaca com sopro sistólico IV/VI panfocal e toque retal sem evidência de perdas hemáticas. Do estudo realizado confirmou-se anemia aguda NN (Hb 6.0g/dL, valor prévio de 10g/dL) e trombocitopenia de 92000/L com parâmetros inflamatórios aumentados, TC cerebral sem alterações agudas, ecografia abdominal sem alterações de relevo apesar de prejudicada por aerocolia. Após suporte transfusional foi internado para estudo de anemia aguda. Fez colonoscopia, sem estigmas hemorrágicos e EDA que revelou angiectasias gástricas em relação provável com a estenose aórtica que foram fulguradas com Argon plasma. Teve alta, melhorado, com indicação para revisão endoscópica de novas lesões enquando a EAo não tiver resolução cirurgia.
Um mecanismo provável pelo qual a EAo pode estar associada à angiodisplasia é através do desenvolvimento de uma forma adquirida da doença de von Willebrand, que foi descrita em 67% a 92% dos pacientes com EA grave. O risco hemorrágico decresce após substituição da válvula aórtica.

P n.º 1575

Encefalopatia de Wernicke numa enfermaria de Medicina

Mariana Salvado de Morais(1);Anabela Nunes(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A encefalopatia de Wernicke, cuja prevalência é de 0.4 a 2.8% na população em geral, resulta do défice de vitamina B1, estando na sua maioria associado ao consumo crónico de álcool.
Apresentamos o caso de uma mulher de 69 anos, autónoma, com antecedentes de alcoolismo, hipotiroidismo e psoríase. 48 horas após queda com traumatismo cranio-encefálico (CE), apresentou crise tónico-clónica. Trazida ao Serviço de urgência vigil, orientada e sem sinais neurológicos. Realizou Tomografia Computorizada CE que apresenta apenas atrofia frontal bilateral. Concomitantemente com pneumonia de aspiração, pelo que iniciou antibioterapia empírica. Nas primeiras 48h de internamento apirética e com melhoria dos parâmetros inflamatórios, desenvolveu quadro de confusão, agitação psicomotora e ataxia, interpretado em contexto de dellirium, infecção, privação alcoólica e eventual encefalopatia porto-sistêmica. Após hidratação e início de tiamina oral com melhoria, mantendo discurso incoerente e lentificação psicomotora, tendo realizado eletroencefalograma, com evidência de lentificação difusa, sem atividade paroxística. Realizada punção lombar (sem alterações de relevo) e Ressonância Magnética CE com leucoencefalopatia periventricular, radiaria e sub cortical e enfarte isquémico não recente frontal esquerdo. Após exclusão de etiologia infecciosa, auto-imune e défice de vitamina B12, colocada a hipótese de Encefalopatia de Wernicke, sendo administrada tiamina endovenosa 500 miligramas tridiários. Após 72h com franca melhoria, ficando orientada e tolerando marcha com apoio. Pela resposta a prova terapêutica assumida Encefalopatia de Wernicke. Alta após 50 dias de internamento com continuação da reabilitação motora.
O diagnóstico de encefalopatia de Wernicke é clínico, caracterizado por encefalopatia, ataxia e disfunção oculomotora. A prova terapêutica e exclusão de outras etiologias permite o diagnóstico, sendo essencial identificar e tratar a mesma, uma vez que sem terapêutica leva ao coma e morte.

P n.º 1581
Síndrome de Gitelman – Uma rara causa de hipocaliemia
Ana Luísa Campos(1);Magda Costa(1);Sandra Barbosa(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças renais

Introdução: O síndrome de Gitelman (SG) é uma tubulopatia devida a mutação nos genes dos cotransportadores de NaCl nos segmentos do túbulo contornado distal sensíveis às tiazidas. É uma condição rara e a sua identificação permite evitar as consequências da hipocaliemia severa associada à doença.
Caso clínico: mulher de 47 anos, habitualmente medicada com omeprazol por refluxo gastro-esofágico. Recorreu à urgência por dor epigástrica, náuseas e obstipação com 3 dias de evolução. Não apresentava alterações no exame físico. Realizou tomografia computorizada (TC) abdominopélvica, sem alterações. A gasimetria arterial mostrava potássio de 1.75 mmol/L e alcalose metabólica (pH 7.486, HCO3 33 mmol/L). No eletrocardiograma apresentava bradicardia sinusal e aplanamento das ondas T. Referiu encontrar-se desde há 3 semanas a fazer dieta líquida após extração de peças dentárias. Negou diarreia, vómitos, toma de produtos naturais ou qualquer fármaco além do omeprazol. Face à hipocaliemia severa, interpretada no contexto de défice de ingestão, ficou internada. O doseamento de aldosterona foi normal. Durante o internamento manteve-se normotensa, com resolução sintomática progressiva. Teve alta com K+ arterial de 3.90 mEq/L. Na primeira consulta de Medicina Interna, 2 meses depois, estava assintomática, havia retomado dieta geral e mantinha exame físico normal. Contudo, persistiam alcalose metabólica e K+ arterial 2.46 mEq/L. Do restante estudo efetuado: gradiente transtubular de K+ >3 e K+ urinário >20mEq/24h (a favor de perda renal); perfil tensional em monitorização de 24h, doppler das artérias renais, segundo doseamento de aldosterona e níveis de cortisol e ACTH normais; índice renina-aldosterona 5.57; e endoscopia digestiva alta com gastropatia erosiva. Concluiu-se, portanto, tratar-se de um caso de síndrome renal expoliador de potássio normotensivo: SG por exclusão.
Discussão: Este caso é peculiar, uma vez que o diagnóstico de uma condição típica da criança/adulto jovem foi feito tardiamente, provavelmente porque o baixo aporte alimentar veio agravar uma hipocaliemia prolongada pré-existente, baixando o potássio para níveis com tradução sintomática. Vem alertar-nos para as hipóteses diagnósticas mais raras, sobretudo perante hipocaliemia desproporcionalmente severa face à etiologia presumida.

P n.º 1584

Diabetes mellitus "escondida" pelo Síndrome de Gilbert – O desafio diagnóstico para além da HbA1c

Ana Luísa Campos(1);Magda Costa(1);Letícia Leite(1);Ana Correia de sá(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hemoglobina glicada (HbA1c) é amplamente utilizada na monitorização da Diabetes mellitus (DM), permitindo um controlo rigoroso dos níveis glicémicos. Contudo, nalgumas condições, como nos diabéticos com Síndrome de Gilbert (SGb), a HbA1c pode ser normal, limitando o seu interesse.
Caso clínico: mulher de 63 anos com SGb foi enviada à consulta de Medicina Interna por apresentar HbA1c persistentemente <5%, mas valores de glicemia capilar (GC) ocasional >250 mg/dL, e mal estar inespecífico. Segundo informação no pedido de consulta, havia sido realizado 5 anos antes um teste de frutosamina (albumina glicada) que seria sugestivo de DM. À data da primeira consulta de Diabetologia, a doente não se encontrava a fazer qualquer medicação antidiabética. Negava polifagia. Referia polidipsia. Foi fornecido glucómetro e iniciou monitorização da GC. Seis semanas depois apresentava nas análises: glicemia 193 mg/dL após >8h de jejum; HbA1c 4.8%; bilirrubina total (BT) 2.01 mg/dL, e indirecta 1.05 mg/dL. Do registo glicémico realizado no domicílio, de destacar: valores de GC em jejum >126 mg/dL, com um máximo de 159 mg/dL; valores interprandiais >200 mg/dL, com um máximo de 307 mg/dL. O diagnóstico de DM foi firmado e iniciado tratamento com antidiabético oral.
Discussão: O SGb é uma condição hereditária benigna caracterizada por hiperbilirrubinemia não conjugada na ausência de doença hepatocelular ou hemólise. Os níveis de BT e HbA1c relacionam-se inversamente e de forma independente. E a HbA1c elevada está associada a complicações da DM. Nos doentes com SGb, a hiperbilirrubinemia leva a níveis mais baixos de produtos finais da glicosilação, devido ao potente efeito anti-oxidante da bilirrubina. Já foi sugerido que a hiperbilirrubinemia sustentada no SGb inibe o stress oxidativo, prevenindo o desenvolvimento de doença cardiovascular, o que confere vantagem. Por outro lado, associando-se a níveis normais de HbA1c, inviabiliza a utilidade da mesma. Assim, é necessário usar outros métodos de follow-up da DM nos doentes com SGb, e suspeitar do diagnóstico perante HbA1c normal, sob pena de a DM passar despercebida.

P n.º 1587
Citopenias em Malnutrição
Bruno Sousa(1);Eulália Antunes(1);Rui Jorge Silva(1);Joana Rita Lopes(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Pancitopenia refere-se à diminuição das contagens de todas as linhagens sanguíneas periféricas. Algumas etiologias são relacionadas com causas infeciosas ou défices nutricionais sendo que, adicionalmente, o VIH e abuso de álcool podem potenciar o surgimento destas pancitopenias.
Caso clínico: Homem de 41 anos, com antecedentes de alcoolismo e epilepsia. Trazido por perda de consciência e discurso confuso. Referidas queixas de amnésia anterógrada, consumo de 1L/dia de vinho maduro (~100g álcool por dia) e recusa alimentar desde há 4 dias. Ao exame objetivo no Serviço de Urgência malnutrido e com discurso incoerente e confabulatório. Sem outras alterações de relevo. Estudo analítico à admissão com leucócitos 4 200 µL, hemoglobina (Hb) 9,9 mg/dL, plaquetas 72 000 µL e benzodiazepinas positivas na urina. Sem alterações na TC Crânio-Encefálica. Por diagnóstico provável de Síndrome de Wernicke iniciou suplementação com tiamina endovenosa.
Durante internamento o doente apresentou agravamento do padrão hematológico com evolução para pancitopenia (leucócitos 3 300 µL, Hb 7,8 g/dL, plaquetas 78 000 µL) e identificado défice de ácido fólico (1,3 ng/mL), para o qual iniciou suplementação na dose de 10mg/dia. Doseamento de ferro e vitamina B12 normais. Teve alta para programa de reabilitação com manutenção da suplementação de tiamina e ácido fólico (5mg/dia). Foi reavaliado em consulta externa 2 meses depois com franca melhoria do hemograma e recuperação da pancitopenia (leucócitos 10 300 µL, Hb 13,6 g/dL, plaquetas 303 000 µL).
Discussão: Este caso mostra-nos que apesar do défice de ácido fólico ser uma causa pouco prevalente de pancitopenia, é importante estar alerta para esta entidade, nomeadamente, em contexto défice nutricional prolongado. No caso de pancitopenia por défice de ácido fólico a sua suplementação potencia a rápida recuperação dos níveis de elementos figurados no sangue.

P n.º 1591

Colangite biliar primária e Síndrome CREST: Uma rara sobreposição

Joana Carvalho de Sousa(1);Daniela Barbosa(1);Lígia Rodrigues Santos(1);Alice Castro(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
A cirrose desenvolve-se após um longo período de inflamação que resulta na substituição do parênquima hepático por tecido fibrótico e nódulos regenerativos. Determinar a etiologia é fundamental para otimizar a terapêutica. A colangite biliar primária (CBP) é uma das etiologias associada à destruição autoimune dos ductos biliares intralobulares.

Caso clínico:
Mulher de 68 anos. Sem antecedentes de relevo ou medicação habitual. Admitida por encefalopatia porto-sistémica (EPS) grau 2 em contexto de cirrose de etiologia não esclarecida. Sem consumo de álcool ou outros hepatotóxicos. Do estudo da cirrose destaca-se como positivo: consumo de complemento C3 e C4, hipergamaglobulinemia M (425mg/dL), anticorpos anti-mitocondriais positivos (>200U/mL) e anti-músculo liso no limite superior da normalidade (1/40). Excluída trombose da porta em ecodoppler e alfafetoproteína normal. Estudo compatível com CBP. Iniciou ácido ursodesoxicólico e, após regularização do trânsito intestinal, resolução da EPS. Após anamnese e exame físico detalhados, objetivado espessamento cutâneo malar e dedos das mãos, telangiectasias malares, desvio cubital da mão direita, fenómeno de Raynaud, pitting scars e disfagia orofaríngea com alimentos secos. Completou estudo autoimune: anticorpo anti-centrómero positivo (235U/mL), restantes anticorpos antinucleares e anti-citoplasma de neutrófilo negativos. Dismotilidade esofágica na manometria. Capilaroscopia com achados sugestivos de padrão esclerodérmico. Excluído envolvimento de outros órgãos, como cardíaco, pulmonar e renal. Assim, diagnosticada sobreposição de CBP e síndrome CREST incompleto.

Discussão:
A associação CBP/CREST encontra-se descrita na literatura como uma possível sobreposição de doenças autoimunes, apesar dos poucos casos publicados até à data. Com este caso pretende-se alertar para uma associação rara, enfatizando a importância da abordagem holística do doente para o correto diagnóstico e consequente tratamento dirigido.

P n.º 1595
Nefrite Intersticial Aguda
Bruno Sousa(1);Eulália Antunes(1);Rui Jorge Silva(1);Joana Rita Lopes(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças renais

Introdução: Nefrite Tubulo-intersticial Aguda (NTIA) é uma lesão renal que tipicamente causa diminuição da função renal e é caracterizada por infiltrado inflamatório no interstício renal. É mais frequentemente induzida por fármacos mas também pode ser despoletada por autoimunidade ou outras doenças sistémicas.
Caso clínico: Mulher de 85 anos, com antecedentes de Doença Renal Crónica (DRC) estadio 3A, seguida por pneumonia organizativa criptogénica e polimialgia reumática sob corticoterapia (Prednisolona 15 mg/dia), profilaxia com Cotrimoxazol e Esomeprazol. Seguida também em Cirurgia Vascular por safenectomia e lesão no membro inferior direito medicada com Amoxicilina/Ácido Clavulânico há aproximadamente 3 meses. Recorre ao Serviço de Urgência por queixas de dispneia para esforços. Em estudo analítico foi identificada Lesão Renal Aguda (LRA) em DRC (Creatinina 3,8mg/dL para um basal de 2,3mg/dL). Ecografia renal com sinais de nefropatia crônica e urina tipo II com discreta eritrocitúria (60/µL), sem leucocitúria, nitritúria ou proteinúria. Sem eritrócitos dismórficos.
Em internamento levantada a hipótese diagnóstica de NTIA por toma prolongada de Amoxicilina/Ácido Clavulánico, Cotrimoxazol e Esomeprazol pelo que se procedeu à suspensão da toma destes fármacos, mantendo corticoterapia. Concomitante com colheita de sedimento urinário que identificou leucocitúria com >2% de eosinófilos na urina. Verificada melhoria clínica e recuperação de função renal para os seus valores basais, permitindo estabelecer o diagnóstico presuntivo de NTIA. Apesar da biópsia renal poder estabelecer definitivamente o diagnóstico de NTIA esta foi protelada dada a recuperação clínica e analítica da doente após a suspensão de fármacos recentemente introduzidos.
Discussão: O surgimento de NTIA semanas a meses após a exposição ao agente causador atrasa ou dificulta frequentemente este diagnóstico. A rápida abordagem à causa permite frequentemente a recuperação completa da função renal para níveis prévios e perspetivas de melhor prognóstico.

P n.º 1596
Polisserosite: um desafio diagnóstico
Joana Carvalho de Sousa(1);Daniela Barbosa(1);Lígia Rodrigues Santos(1);Alice Castro(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A polisserosite consiste na inflamação e efusão simultânea de várias serosas, possuindo múltiplas etiologias, como infeciosa, autoimune, neoplásica e iatrogénica. A abordagem permanece um desafio, frequentemente com estudo inconclusivo.

Caso clínico:
Homem, 38 anos. Contacto bacilífero há 6 meses. Admitido por clínica de infeção respiratória, aumento do perímetro abdominal e sintomas constitucionais com 1 mês de evolução. Objetivamente mau estado geral, emagrecido, ascite grau 2, sem estigmas de doença hepática crónica. À admissão insuficiência respiratória tipo 1 e elevação de marcadores inflamatórios. Estudo imagiológico a evidenciar derrame pleural bilateral, ascite de médio volume, densificação do grande epíploon, adenopatias mediastínicas e mesentéricas, sem alterações pulmonares ou sinais de hepatopatia crónica. Abordado líquido pleural com critérios de Light de exsudado de predomínio linfocítico (43%), adenosina deaminase (ADA) elevada (118U/L) e desidrogenase lática (DHL) elevada (845UI/L). Líquido ascítico de predomínio linfocítico (69%), gradiente albumina sero-ascítico não compatível com hipertensão portal (0.1g/dL), ADA (117U/L) e DHL (1007UI/L) elevadas. Broncofibroscopia sem alterações estruturais. Lavado brônquico sem isolamentos microbiológicos, incluindo DNA mycobacterium tuberculosis negativo. Biópsia pleural com infiltrado inflamatório, sem granulomas epitelióides. Excluídas causas imunológicas e neoplásicas. Pela alta suspeita, dado contexto epidemiológico, clínica, análises e exclusão de outras etiologias, admitida tuberculose (TB) disseminada provável com envolvimento pleural e peritoneal. Iniciou terapêutica antibacilar. Evolução clínica favorável a suportar o diagnóstico.

Discussão:
A polisserosite tuberculosa é uma manifestação incomum de TB. Este caso reforça a importância do diagnóstico diferencial na polisserosite, nomeadamente na suspeita de TB disseminada em casos de polisserosite com predomínio linfocítico e ADA elevada.

P n.º 1599
Perfuração gástrica por corpo estranho
Carolina Fernandes(1);Cláudia Diogo(1);Daniela Antunes(1);Ana Isabel Salgueiro(1);Sónia Santos(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Outro

A maioria dos corpos estranhos ingeridos são eliminados naturalmente. A perfuração gástrica é rara pelas características do estômago (espessura da parede gástrica, lumen de largo calibre e acidez gástrica).
Os autores descrevem caso de homem de 65 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e enfarte agudo do miocárdio. Internado no serviço de Medicina Interna por suspeita de neoplasia gástrica. Apresentava quadro clínico de epigastralgia, astenia e anorexia com perda ponderal de 9 quilos em 2 semanas. Por este motivo, realizou em ambulatório ecografia abdominal a revelar espessamento gástrico do corpo/antro associado a adenopatias célio-mesentéricas. Analiticamente: proteína C reativa 82,8 mg/L, hemoglobina 12.3 g/dL. Assim, realizou tomografia computorizada: espessamento circunferencial do antro gástrico; na vertente anterior do estômago descrita coleção com 8x4,1 centímetros; coleções perihepáticas, perivesiculares e no hilo esplénico; adenopatias celíacas e anteriormente ao antro gástrico. Posteriormente realizou endoscopia digestiva alta (EDA): mucosa congestiva com abaulamento da face anterior do corpo sugestivo de compressão extrínseca; anatomia patológica sem metaplasia, displasia ou neoplasia. Para esclarecimento das lesões, realizou ressonância magnética onde as lesões exibiam conteúdo heterogéneo com restrição à difusão. Foram colocadas as seguintes hipóteses: coleções abecedadas secundárias a perfuração gástrica versus lesões de tipo implantes secundários.
Ao 14º dia de hospitalização o doente apresentou febre e análises com aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi colhido rastreio séptico e iniciou empiricamente piperacilina/tazobactam.
Na tentativa de realizar biópsia de uma das coleções, realizou eco-EDA que revelou espessamento da parede gástrica e adenopatias infracentrimétricas perigástricas. Não foi possível identificar as coleções previamente descritas. Este procedimento foi realizado ao 7º dia de antibiótico.
O doente cumpriu 10 dias de antibiótico, as culturas foram negativas e a febre resolveu. Verificou-se também resolução da dor abdominal e recuperação do apetite.
Pelo quadro clínico, evolução analítica e imagiológica assumiu-se perfuração gástrica por corpo estranho com formação das coleções abecedadas.

P n.º 1600

Diagnóstico inaugural de Diabetes mellitus insulinodependente após doença COVID-19

Sérgio Azevedo(1);Marta Amaro(1);Alexandra Dias(2);Andreia Brito(2);Nuno Catorze(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes (2) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A Condição pós-COVID-19 é uma entidade em evolução que compreende um conjunto de sintomas persistentes e/ou complicações tardias podendo afetar múltiplos sistemas de órgãos. A diabetes mellitus (DM) constitui um fator de mau prognóstico na doença COVID-19. Existem, no entanto, poucos relatos do desenvolvimento de DM insulinodependente após infeção por SARS-CoV2. Descreve-se o caso de uma doente com diagnóstico inaugural de DM após doença COVID-19 ligeira.
Caso Clínico: Mulher de 75 anos, admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por quadro de cetoacidose diabética. Com antecedentes pessoais conhecidos de hipertensão arterial e doença COVID-19 ligeira reportada aproximadamente há 2 meses. Apresenta história familiar positiva para DM tipo 1 (2 irmãos com diagnóstico em idade infantil) e tipo 2 (1 irmão e 1 filho, medicados com antidiabéticos não insulínicos). Reportava sintomas de polifagia, poliúria e polidipsia com 1 mês de evolução, negando perda ponderal. Iniciado tratamento para cetoacidose diabética com rápida regressão de acidemia metabólica e cetonemia. A avaliação analítica imediatamente após resolução da crise hiperglicémica revelou anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD) elevados (280 UI/mL [0-17]) e anticorpos anti-insulina negativos. O doseamento de Péptico-C foi de 0,39 ng/mL [0,9-3,7], para uma glicémia sérica de 144mg/dL.
Após estabilidade teve alta para o domicílio com esquema de insulinoterapia basal-bólus.
Discussão e Conclusão: A presença de história familiar e do anticorpo anti-GAD em circulação poderá estar relacionado com doença autoimune sem tradução fenotípica prévia. Por outro lado, a idade da doente, a ausência de sintomas/sinais sugestivos de hiperglicemia de longa data e a relação com a infeção por SARS-CoVe poderá reforçar a implicação da COVID-19 como fator precipitante da ativação de um estado autoimune culminando em insulinopenia. Assim, parece haver relação entre infeção por SARS-CoV2 e desregulação imune. Contudo, são necessários estudos que possam esclarecer o mecanismo de desregulação imune pelo vírus SARS-CoV2.

P n.º 1601

Monoartrite em doente geriátrico: gestão ambulatória por equipa de Cuidados Paliativos domiciliários

Joana Goulão(1);Marta Henriques(1);Cátia França Jorge(1);Ana Almeida(1);António Folgado(1)
(1) .

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A incapacidade funcional do idoso depende de diversos de fatores. Um deles é a lesão do membro inferior que pode impossibilitar a mobilidade e aumentar o risco de queda, com aumento de dependência e mortalidade. A gota é uma patologia muito debilitante que se inclui neste grupo. É a artrite inflamatória mais frequente no idoso, com particularidades: torna-se quase tão frequente na mulher como no homem, é mais vezes subaguda e insidiosa, tem frequentemente envolvimento poliarticular de pequenas articulações. As principais causas no idoso são o declínio da função renal e a polifarmácia. O tratamento assenta em abordar a crise aguda e em prevenir a recorrência com diminuição dos uratos séricos. O alopurinol é o fármaco mais frequentemente usado para este último efeito. No idoso estas estratégias estão limitadas pelas comorbilidades e pela polifarmácia.
Caso clínico: Apresentamos o caso de uma senhora de 95 anos, com diabetes mellitus tipo 2, hipertensa, com insuficiência cardíaca classe IIIC da NYHA e fibrilhação auricular persistente, polimedicada. Palliative Performance Scale de 50% e Clinical Frailty Scale de 6. Nesse contexto é seguida por equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos Domiciliários. Foi identificada em consulta de enfermagem monoartrite aguda do tornozelo direito, com impotência funcional total. Iniciou ibuprofeno em baixa dose (400 mg bid) com fraca resposta, pelo que passou, após avaliação médica, a colchicina, com diarreia ligeira ao 3º dia, gerida com loperamida. Houve melhoria com retorno ao estado funcional basal.
Conclusão: Trazemos à discussão uma situação cada vez mais frequente na demografia atual e chamamos a atenção para a importância da deteção e intervenção precoces em relação direta com a qualidade de vida e a morbimortalidade. No caso clínico em apreço isto foi possível pelo acompanhamento por equipa multidisciplinar em contexto domiciliário. Gostaríamos de destacar o desafio clássico neste grupo etário: a escolha de terapêutica considerando a multimorbilidade, a fragilidade do idoso e a polifarmácia.

P n.º 1606

Doença celíaca: a importância da interpretação dos exames serológicos

Patrícia Sôra Sobrosa(1);Ana Catarina Carvoeiro(1);Raquel Afonso(1);Joana Couto(1);Luciana Sousa(1);Diana Guerra(1)
(1) Hospital Viana do Castelo

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
A doença celíaca é imunomediada em indivíduos geneticamente suscetíveis causada por intolerância ao glúten, resultando em inflamação da mucosa e atrofia vilosa, o que causa má absorção.
Caso Clínico
Homem de 32 anos com antecedente de Síndrome de DiGeorge com cardiopatia congénita (Tetralogia de Falot, submetido a correção cirúrgica) e défice de imunoglobulinas (Ig) A. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia. Analiticamente detetada anemia (Hgb 7.2gr/dL microcítica e hipocrómica) e trombocitopenia (plaquetas 75x10^9), tendo sido internado para estudo. Tratava-se de anemia multifatorial (por défice de ferro – saturação de transferrina 4%, e por défice de vit B12 – indoseável). Neste contexto, e considerando a associação entre o síndrome de DiGeorge e a doença celíaca foi pedido o estudo serológico que mostrou anticorpo anti-gliadina IgG positivo e IgA de transglutaminase e antigliadina negativos, contudo, tratando-se de doente com défice IgA, estamos perante um resultado falso negativo. Foi confirmado o diagnóstico após realização de endoscopia digestiva alta que revelou atrofia da mucosa com predominio linfócitos e criptas hiperplásicas. Foi ainda excluída anemia perniciosa. Iniciou suplementação de ferro, vitamina B12 e alimentação sem glúten, verificando-se evolução favorável clínica e analiticamente.
Conclusão
O caso mostra-se representativo dos novos conceitos de doença celíaca, sem os quadros de malabsorção sistémica grave típicos, mas caracterizando-se por uma clínica mais pobre e inespecífica. A identificação só se tornou possível pela disponibilidade dos meios de diagnóstico serológicos. Destaca-se a importância da interpretação dos testes serológicos nos doentes com défice de IgA, no caso do nosso doente com valores indoseáveis, nestes casos deve ser realizada e valorizada a serologia IgG antigliadina por apresentar uma sensibilidade e especificidade mais elevadas na deteção da doença celíaca comparativamente à serologia IgG anti- transglutaminase.

P n.º 1607

HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO COM LOCALIZAÇÃO INCERTA

Rita Tinoco Magalhães(1);Tatiana Oliveira(1);Rita Relvas(1);Maria Margarida Andrade(1);Rita Gonçalves Correia(1);Patrícia Cipriano(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
O hiperparatiroidismo primário é uma das causas mais comuns de hipercalcémia. Os estudos de localização estão indicados apenas quando a paratiroidectomia é indicada, para preparação da abordagem cirúrgica. Os autores apresentam um caso clínico de hiperparatiroidismo primário cujos estudos de localização foram inconclusivos.

Caso clínico
Uma mulher de 72 anos inicia quadro de fadiga, fraqueza muscular, obstipação e polidpsia. Constatou-se hipercalcémia de 15.6 mg/dL e hipofosfatémia de 1.9 mg/dL, com albumina normal. O estudo etiológico revelou PTH elevada (229 pg/mL), assumindo-se o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário. Acresce a presença de défice ligeiro de vitamina D e osteopénia, com função renal normal e sem sinais de nefrolitíase. Por haver indicação cirúrgica, foram pedidos estudos de localização, dos quais se destaca: ecografia cervical com tiroide multinodular (um nódulo dominante no polo inferior esquerdo), sem alterações na topografia das paratiroides; cintigrafia paratiroideia normal; tomografia computorizada cervical apenas com nódulo tiroideu já descrito, que se optou por biopsar, com descrição de nódulo hiperplásico. Excluiu-se ainda hipercalcémia hipocalciúrica familiar com teste genético. A destacar que a calcémia se manteve elevada mesmo sob terapêutica médica com bisfosfonato, tendo normalizado após punção aspirativa do nódulo tiroideu. Levantou-se assim a suspeita de este se tratar na verdade de um nódulo paratiroideu que se confirmou com na revisão de lâminas com estudo imunohistoquímico com PTH. Sugere-se que a normalização da calcémia poderá ter estado em relação com eventual hemorragia do nódulo após citologia aspirativa.

Conclusão
No hiperparatiroidismo primário, os estudos de localização têm um intuito essencialmente de preparação da abordagem cirúrgica, e não de diagnóstico. A sensibilidade destes estudos diminui na presença de hiperplasia, doença multiglandular ou patologia tiroideia concomitante. Assim, uma cintigrafia paratiroideia negativa não exclui o diagnóstico de hiperparatiroidismo primário nem deve impedir a realização de cirurgia, quando esta é indicada. Se a localização da patologia paratiroideia for atípica ou inconclusiva, apesar do estudo imagiológico, a biópsia de uma lesão potencialmente suspeita pode ter utilidade.

P n.º 1608
FEBRE...Q?

Henrique Atalaia Barbacena(1);António Moreno Marques(1);Patrícia Trindade(1);João Mendonça Freitas(1);Raquela a. Soares(1);Patrícia Howell Monteiro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A febre Q é uma zoonose causada pela Coxiella burnetti (Cb), associada ao contacto com caprinos e ovinos. Assintomática em até 60% dos casos, manifesta-se frequentemente sob a forma de pneumonia ou hepatite aguda, podendo também surgir como síndrome febril auto-limitada acompanhada por sintomas gripais. CASO CLÍNICO: Mulher, 25 anos, saudável, observada por quadro com duas semanas de cefaleia, odinofagia e febre persistente, temperatura máxima 40ºC, já medicada com amoxicilina/ácido clavulânico sem melhoria. No exame objetivo: hiperémia conjuntival bilateral, duas lesões circulares milimétricas sem sinais inflamatórios na região axilar direita, orofaringe hiperemiada sem exsudados. Laboratorialmente: leucocitose (24000/uL), PCR 27mg/dL, hiponatremia hipoosomolar de 132mmol/L, LDH 369U/L, provas hepáticas normais. Radiografia de tórax e TC abdominal sem alterações. Encaminhada para consulta de Medicina Interna por febre de etiologia a esclarecer. Clinicamente sem achados sugestivos de doença autoinflamatória, residindo em área rural, com contacto habitual com cães. Investigação complementar: auto-anticorpos negativos; monoteste negativo; hemoculturas seriadas e urocultura negativas; serologias virais, toxoplasmose, Bartonella spp, brucelose, leptospirose, febre escaro nodular, sífilis, doença de Lyme, leishmaniose e ehrlichia negativas. Serologia da Cb com IgG fase I e II fracamente reativos. Após início de doxiciclina, resolução sintomática e descida progressiva de parâmetros inflamatórios. Repetida serologia febre Q após 4 semanas com evolução compatível com doença aguda. CONCLUSÃO: A febre Q é uma zoonose caracterizada pelo seu polimorfismo clínico. Em Portugal, a febre Q é subnotificada, motivando níveis baixos de incidência (0,11 casos por 10 habitantes em 2008). O caso apresentado reflete a dificuldade na interpretação clínica da febre, reforçando a necessidade de se considerar este diagnóstico perante uma história epidemiológica positiva.

P n.º 1609
Um pico escondido
Ana Luís Vasconcelos(1);Luís Neves da Silva(1);Sofia Nogueira Fernandes(1);Ana Margarida Mosca(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
As doenças hematológicas representam um desafio diagnóstico, uma vez que alterações subtis do hemograma podem ter subjacentes patologias graves.

Caso Clínico:
Homem, 77 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo. Picos febris há 2 meses, máximo 38ºC, 2 a 3 vezes por semana, com cedência ao paracetamol, associados a astenia. Negava perda de peso não intencional, hipersudorese noturna, dores ósseas ou outros sintomas. Exame físico sem alterações de relevo. Analiticamente pancitopenia, com anemia (Hb 10,7g/dL), leucopenia (2000/uL) e trombocitopenia (123000/uL), elevação da PCR (63mg/L) e procalcitonina baixa (0,02ng/mL). Sem défices vitamínicos (ferro, ácido fólico ou vitamina B12), sem alterações da função tiroideia, hepática ou renal, sem hipercalcemia. TAC toraco-abdomino-pélvico sem alterações. Electroforese de proteínas séricas sem picos monoclonais, mas com hipogamaglobulinemia. O doseamento de imunoglobulinas mostrou imunoparésia, com diminuição da IgG, IgA e IgM. Detetada hipoalbuminemia (2,6 g/dL) e aumento da beta2-microglobulina (4,1mg/dL).
Perante a suspeita de mieloma múltiplo (MM) de cadeias leves foram doseadas as cadeias leves livres séricas que mostraram aumento das kappa (222mg/L), restrição das lambda (0,54mg/L) e quociente k/l de 412. Amostra de urina 24h também com restrição kappa. A biópsia de medula óssea mostrou 20% de plasmócitos clonais.
Perante o diagnóstico de MM de cadeias leves iniciou tratamento com esquema de indução.

Discussão:
Este subtipo de MM representa 20% do total. Não existe formação da imunoglobulina completa com a cadeia pesada, apenas a produção de cadeias leves. O diagnóstico depende da presença de eventos definidores. Neste caso, o doente apresentava uma lesão de órgão-alvo, a anemia, e um biomarcador de malignidade, o rácio kappa/lamba > 100.
O diagnóstico é desafiante, uma vez que a electroforese de proteínas séricas não tem um pico monoclonal, que é muitas vezes a primeira pista diagnóstica.

P n.º 1611

Enteropatia perdedora de proteínas como apresentação inaugural do Lúpus Eritematoso Sistémico

Abelcineyd Viegas Camblé(1);Sofia Prada(1);Mafalda Duarte(1);Maria Leonor Neves(1);Teresa Costa Pereira(1);Rita Penaforte(1);Vasco Tiago(1);Raquel Sousa(1);Fernanda Paixão Duarte(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença inflamatória crônica, imunomediada. A enteropatia perdedora de proteínas (EPP) é uma forma rara de manifestação gastrointestinal (GI) do LES, caracteriza-se pela perda excessiva de proteína sérica no trato GI, com hipoalbuminemia, edema e em alguns casos serosite.
Caso clínico: Mulher, 52 anos, admitida por quadro de 5 dias de evolução de febre baixa,vómito, diarreia, astenia e síncope.
Ao exame objetivo encontrava-se hemodinamicamente estável, desidratada, na auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído a direita, o abdômen distendido, ascítico difusamente doloroso à palpação e edema bimaleolar.
Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, hipocomplementemia, lesão renal aguda, hiponatremia, hipoalbuminemia (Alb 2,84g/dl), sem proteinúria nefrótica.
A TC abdominopélvica evidenciou ascite moderada com densificação difusa da gordura mesentérica, enterite extensa do intestino delgado de etiologia indeterminada. Dilatação ureteropielocalicial bilateral sem definição da causa obstrutiva e derrame pleural direito de pequeno volume.
Admitiu-se enterite de etiologia a esclarecer e após terapêutica antiemética, fluidoterapia e antibioterapia empírica teve alta com melhoria clínica.
Na consulta de reavaliação, dois meses depois, apresentava poliartrite simétrica e aditiva e dactilite de ambas as mãos.
Analiticamente anemia, linfopenia, VS 76, ANA (1/640), Ac Anti-dsDNA (82) e Ac Anti-SSA (Ro) positivos, mantinha hipocomplementemia.
Admitido diagnóstico de LES e iniciou terapêutica com hidroxicloroquina e deflazacorte.
Discussão: Este caso evidencia uma forma menos comum de apresentação do LES a EPP. A hipoalbuminemia no LES é na maior parte das vezes atribuível à síndrome nefrótico, exacerbação da doença ou doença hepática, contudo, as perdas intestinais devem ser excluídas.

P n.º 1612

Um mal nunca vem só: caso clínico de abcessos pulmonar e cerebral

Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Costeira Pereira(1);Marta Batoca Sousa(1);Ângela Ferreira(1);Nuno Pardal(1);Rita Vilar Mota(1);Miguel Costa(1);Pedro Pinto(1);Irene Miranda(1);Diana Guerra(1)
(1) Hospital Viana do Castelo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução
O abcesso cerebral (AC) pode surgir a partir de disseminação direta (20%) - comumente com abscesso único, precedida de infeções primárias ou pós-neurocirurgia/traumas - ou disseminação hematogénica (60%) - AC múltiplos, secundário a abscesso pulmonar, endocardite infecciosa, infeção de pele ou abdominal.
Caso Clínico
Homem de 55anos, fumador, com consumo nocivo de álcool e lesão cavitada no lobo pulmonar superior esquerdo (LPSE) com 1 ano de evolução, que se concluiu por pneumonia organizativa, sob corticoterapia crónica. Admissão hospitalar por crise tónico-clónica focal do membro superior direito. Ao exame físico com parésia direita. Análises com parâmetros inflamatórios aumentados. Punção lombar: LCR sem caraterísticas de infeção. TC toraco-abdomino-pélvico: lesão cavitada no LPSE, com áreas de espessamento pleural e múltiplas coleções líquidas com realce periférico, com nível hidroaéreo.TC CE: lesão nodular hipodensa frontal esquerda, com edema vasogénico. Internado sob levetiracetam, dexametasona, ceftriaxone e clindamicina. Serologias víricas, hemoculturas e microbiologia de secreções negativas. Criptococcus neoforms no sangue e LCR negativos. Excluída endocardite. RM CE confirmou AC, substituindo-se clindamicina por metronidazol. Broncofibroscopia sem lesão suspeita, com colheitas para microbiologia. Agravamento clinico e imagiológico com aumento do AC e do edema perilesional. Feita drenagem de AC. Isolado Streptococcus intermedius no pus AC e aspirado brônquico. Fez 60dias de antibioterapia com resolução completa de AC e melhoria clinica.
Conclusão
Destaca-se a dificuldade na marcha diagnóstica e etiológica do AC, com progressão rápida em doente imunodeprimido. O Streptococos intermedius é fortemente ligado a AC, que quando associado a abcessos pulmonares habitualmente são múltiplos, ao contrário do verificado no caso. Realça-se a importância do diagnóstico atempado e o tratamento adequado para um desfecho favorável no que toca a morbimortalidade.

P n.º 1613

HIPOXÉMIA PERSISTENTE SEM CAUSA APARENTE

Henrique Atalaia Barbacena(1);Patrícia Trindade(1);António Moreno Marques(1);João Mendonça Freitas(1);Raquel a. Soares(1);Patrícia Howell Monteiro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

O foramen ovale patente (FOP), presente em 25-30% da população, é frequentemente um achado incidental mas pode associar-se shunt esquerdo-direito, acidente vascular cerebral (AVC) criptogénico ou síndrome platipneia-ortodoxia. Mulher, 83 anos, com antecedentes de hipertensão, AVC isquémico do hemisfério esquerdo sem sequelas e doença renal crónica estadio IIIa. Internada por AVC isquémico da artéria cerebral média direita, NIHSS 7, sem alterações no doppler dos vasos do pescoço, ecocardiograma sem fonte embolígena e holter 24h com fibrilhação auricular paroxística. Ao 3º dia, diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP), condicionando insuficiência respiratória parcial. O estudo de causas secundárias para TEP foi negativo. Apesar de anticoagulação eficaz (inicialmente protelada pela presença de transformação hemorrágica petequial do AVC) e evolução imagiológica favorável do TEP, apresentou episódios de dispneia e hipoxémia recorrentes com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo, sem evidência de infeção ou sobrecarga pulmonar. Por elevado grau de suspeição de shunt fez ecocardiograma transesofágico que revelou septo interauricular com FOP (fluxo da aurícula esquerda - direita com soro agitado) e aneurisma do septo interauricular (ASIA). Discussão multidisciplinar com Cardiologia, admitindo-se o diagnóstico de shunt por elevação das pressões pulmonares por TEP em doente com FOP e ASIA, condicionado episódios de dessaturação recorrentes. Mantida anticoagulação, com melhoria progressiva. Seguimento em consulta para decisão de eventual encerramento do FOP de acordo com evolução da hipertensão pulmonar (HP). Em casos de hipoxémia persistente sem outra causa explicável a presença de shunt-intracardíaco deve ser considerada, nomeadamente em contexto de FOP, implicando um grau de suspeição elevado. Neste caso o FOP tornou-se clinicamente relevante apenas numa idade avançada e após evento tromboembólico agudo condicionador de HP, adensando o desafio diagnóstico.

P n.º 1615
Corpos cetónicos aumentados: Será sempre diabetes?
Ana Luís Vasconcelos(1);Luís Neves da Silva(1);Ana Margarida Mosca(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
A acidemia metabólica é um distúrbio do pH frequente no Serviço de Urgência. O doseamento de corpos cetónicos permite identificar uma possível causa.

Caso Clínico:
Mulher, 92 anos, autónoma, sem antecedentes de relevo. Foi encontrada caída no chão, após 4 dias sem ser vista. À admissão estava consciente, colaborante, desorientada no tempo. Hipotérmica, hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória. Múltiplas escoriações e hematomas dispersos pelo corpo. Sinais de má perfusão periférica, cianose distal e aumento do tempo de preenchimento capilar.
Analiticamente elevação da ureia (220mg/dL), creatinina normal, ligeira citólise hepática (AST 112, ALT 66, LDH 502) e necrose muscular (CK total 1335, mioglobina 2066). A TAC-CE excluiu sinais de hemorragia intracraniana. Iniciou fluidoterapia agressiva e aquecimento corporal para reversão de hipotermia.
A gasimetria mostrou acidemia metabólica (pH 7,33, HCO3- 16,2, pCO2 31,4, Na+ 141, K+ 4,41, Cl- 109, glicemia 114, lactatos 1,47) com hiato aniónico aumentado (16 mmol/L).
Foram excluídas disfunção renal, ingestão de tóxicos e hiperlactacidemia como causas da acidemia metabólica com hiato aniónico aumentado. A hipótese de formação de corpos cetónicos por jejum prolongado foi confirmada com a medição da cetonemia (6 mmol/L). Neste sentido, a fluidoterapia foi alterada para uma solução glicosilada.

Discussão:
O jejum prolongado desencadeia uma resposta fisiológica com produção hepática de corpos cetónicos. A sua concentração atinge um pico após 20-30 horas de jejum, com uma concentração de equilíbrio 8-10mmol/L, que resulta numa redução paralela da concentração de bicarbonato.
O tratamento inclui fluidoterapia com soluções glicosiladas. A administração de dextrose aumenta a insulina e diminui a glicagina, inibindo a produção de corpos cetónicos.
Apesar de pouco frequente, a hipótese de acidemia metabólica por corpos cetónicos em contexto de jejum prolongado deve ser colocada quando existe a suspeita pela história clínica.

P n.º 1619

Diabetes insipidus nefrogénica por hiperplasia benigna da próstata

Daniela Cruz(1);Catarina Pestana Santos(1);Bruno Sousa(1);Inês Pintassilgo(1);Tiago Judas(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A diabetes insipidus nefrogénica (DIN) caracteriza-se pela excreção de grandes volumes (> 3L/24h) de urina diluída (< 300 mOsm/kg). Ocorre por uma resistência à ação da hormona antidiurética (ADH) no rim, o que resulta numa incapacidade de concentrar a urina. As causas de DIN podem ser hereditárias ou adquiridas. Dentro das causas adquiridas as mais comuns são o lítio e a hipercalcemia; como causas menos comuns destaca-se a uropatia obstrutiva, nomeadamente por hiperplasia benigna da próstata (HBP). A copectina tem demonstrado um elevado valor no diagnóstico de DIN, com elevada sensibilidade e especificidade.
Os autores apresentam o caso de um homem de 81 anos, com antecedentes pessoais de HBP, internado por um quadro com um mês de evolução de poliúria, com débito urinário superior a 4 L/24h, polidipsia e perda de peso. Analiticamente a destacar lesão renal aguda, hipernatremia, osmolalidade sérica aumentada (315 mOsmol/kg), osmolidade urinária reduzida (214 mOsmol/kg), aumento da ADH (39,5 pmol/L) e da copectina (34,32 pmol/L). Foi realizada prova de supressão com desmopressina, sem resposta, mantendo osmolalidade sérica elevada e osmolalidade urinária reduzida, confirmando o diagnóstico de DIN. Durante a investigação etiológica foram excluídas as causas mais comuns, nomeadamente toxicidade por lítio, hipocaliémia, hipercalcémia ou Síndrome de Sjogren. A ecografia renal e vesical demonstrou uropatia obstrutiva bilateral por HBP, que se assumiu como sendo a causa da DIN. O doente foi submetido a resseção transuretral da próstata com resolução da DIN.
Com o presente caso clínico os autores pretendem demonstrar a importância da HBP como causa pouco frequente, contudo importante de DIN, uma vez que se trata de uma patologia muito frequente e cujo tratamento permite a resolução da DIN. Destaca-se ainda a copectina como uma recente e útil aliada no diagnóstico desta entidade.

P n.º 1625

Depressão e SIADH: quando os antidepressivos não são a causa

Daniela Cruz(1);Catarina Pestana Santos(1);Bruno Sousa(1);Francisca Abecasis(1);Rita Homem(1);Tiago Judas(1);Inês Pintassilgo(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O síndrome de secreção inadequada de hormona antidiurética (SIADH) é uma entidade frequente e uma causa comum de hiponatremia. Caracteriza-se por uma osmolalidade sérica baixa, com uma osmolalidade urinária elevada e uma elevada concentração de sódio urinário. Existe uma miríade de etiologias que, classicamente, podem ser divididas em quatro grupos: neoplasia, doença pulmonar, doença do sistema nervoso central ou por fármacos. Contudo, existe uma percentagem importante de casos em que, mesmo após um extenso estudo etiológico, não é possível determinar a causa.
Os autores apresentam o caso de um homem de 53 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, internado por um quadro com três meses de evolução de anorexia, perda ponderal de 20%, humor deprimido e insónia, com impacto importante no estado geral, encontrando-se acamado à data de internamento. Analiticamente constatou-se hiponatremia hiposmolar grave com nadir de sódio de 101 mmol/L. Foi diagnosticado SIADH pelo que se realizou um extenso estudo para determinar a etiologia: o doente não realizava fármacos que pudessem ser apontados com causa, foi realizado estudo de neoplasia oculta, causas auto-imunes, infeciosas e metabólicas que foi negativo. Tendo em conta estudo exaustivo sem uma causa orgânica identificável, foi admitido SIADH por anorexia grave e desnutrição, em contexto de episódio depressivo major pelo que foi iniciada terapêutica com antidepressivos, com resolução do SIADH e melhoria significativa do estado geral.
Os autores descrevem este caso por se tratar de um caso de SIADH por anorexia grave secundária a um episódio depressivo major, uma causa menos frequente e raramente descrita e que deverá ser um diagnóstico de exclusão. O tratamento correto desta condição poderá levar à resolução do SIADH, pelo que esta causa deve ser considerada em doentes com um contexto clínico sugestivo e cujo estudo de causa orgânica seja negativo.

P n.º 1628

Trombocitopenia Imune após vacina Comirnaty - a propósito de um caso clínico

João Rego Diniz(1);Salomé Marques(1);Liliana Torres(1);Tânia Maia(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
A vacinação contra a infeção por SARS-CoV-2 consiste numa abordagem promissora para o controlo da pandemia causada pelo vírus. Apesar da segurança e eficácia das vacinas atualmente aprovadas pela Comissão Europeia, alguns efeitos adversos foram reportados após a sua administração.
A Trombocitopenia Imune (PTI) é uma doença que resulta da destruição plaquetária causada por uma resposta imune gerada após a exposição a um trigger específico. Alguns casos de trombocitopenia foram descritos na sequência da exposição às vacinas Vaxzevria e Janssen, desconhecendo-se até ao momento a causa desta associação.

Caso Clínico
Doente do sexo masculino, 57 anos. Antecedentes de obesidade, dislipidemia, tabagismo e infeção prévia por SARS-CoV-2 em 2020. Sem história prévia de doenças auto-imunes. Sem medicação habitual.
Recorre ao SU três dias após a administração da segunda dose da vacina Comirnaty contra SARS-CoV-2 por bolhas hemorrágicas da mucosa oral. Analiticamente apresenta 10000 plaquetas/uL, tendo contagem plaquetaria prévia normal. Assume-se diagnóstico de PTI e inicia-se corticoterapia (CCT) em alta dose.
Durante o internamento apresenta resposta refratária à CCT, pelo que se opta pela realização de dois ciclos de Ig EV com consequente elevação da contagem plaquetária para 85000 plaquetas/uL. Duas semanas após a administração de Ig EV, regressa ao SU por recorrência das lesões hemorrágicas, apresentando novamente 10000 plaquetas/uL.
Realiza estudo medular que não revela alterações e inicia rituximab, cumprindo 1 toma semanal durante 4 semanas com elevação da contagem plaquetária para 96000 plaquetas/uL, sem recorrência de novos episódios hemorrágicos.

Discussão
Enquanto que a trombocitopenia consequente da vacinação com a Vaxzevria ou Janssen se associa ao aumento de risco trombótico, este doente parece apresentar uma forma de PTI clássica com aumento exclusivo de risco hemorrágico. Apesar dos benefícios da CCT, alguns casos de PTI requerem tratamento complementar com terapêutica biológica.

P n.º 1632

Infeção por SARS-CoV2 complicada por Síndrome nefrótica: a propósito de um caso clínico

Maria Inês Viegas(1);Pedro Dias Lopes(1);Francisco Ferrer(1);João Venda(1);Clara Pardinhas(1);Patrícia Carvalho(1);Rui Santos(1);Lelita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças renais

Introdução:
A pandemia por COVID 19 iniciou-se em Portugal no 1ª trimestre de 2020 e conta já com cerca de 4 milhões de infetados no nosso território. Têm sido descritas manifestações em diversos órgãos. O atingimento renal, nomeadamente a síndrome nefrótica, tem sido pouco reportada na literatura.

Caso clínico:
Homem de 84 anos, com história de infeção SARS-COV2 cerca de 1,5 meses antes, degravidade ligeira, que desenvolveu quadro caracterizado por anasarca, com aumento ponderal de 20 Kg, dispneia para pequenos esforços, cefaleias e picos hipertensivos. Como antecedentes pessoais, há a referir neoplasia da próstata em remissão. Ao exame objetivo, apresentava hipertensão grau II e edemas generalizados (membros superiores, inferiores, parede abdominal e períneo).
Na suspeita de insuficiência cardíaca foram realizados alguns exames. Nas análises, apresentava lesão renal aguda AKIN 2 (creatinina de 2.63 mg/dl) e hipoalbuminémia (2.8 g/dl). Do restante estudo complementar, tinha ecocardiograma com boa função biventricular e derrame pericárdico circunferencial, ecografia renovesical e doppler renal sem alterações, SU II com hematúria, proteinúria de 12358 mg/24 horas, serologias víricas, auto-imunidade, crioglobulina, complemento, TASO, PSA e anti PLA2R sem alterações; medulograma compatível com MGUS. Biópsia renal compatível com glomerulonefrite proliferativa, mesangial e endocapilar, sem depósitos de Igs ou substância amilóide, alterações estas inespecíficas, podendo corresponder a glomerulonefrite pós infecciosa em fase de resolução relacionada com a infeção anterior por COVID.
Iniciou tratamento com prednisolona 1 mg/Kg de peso, sem resposta clínica, com agravamento da função renal, tendo sido proposta terapêutica de substituição renal.

Conclusão:
Os doentes com infeção SARS-COV-2 podem desenvolver um amplo espectro de doenças tubulares e glomerulares, podendo ser o resultado de um mecanismo imunomediado. O tratamento ideal e o prognóstico a longo prazo ainda não foram determinados.

Referências:
Shetty AA, Tawhari I, et al. COVID-19-Associated Glomerular Disease. J Am Soc Nephrol. 2021 Jan;32(1):33-40. doi: 10.1681/ASN.2020060804. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33214201; PMCID: PMC7894674.

P n.º 1637

Síndrome de Ramsay-Hunt: relato de um caso de neuropatia craniana múltipla

Rafaela m. Ribeiro(1);Andreia Vilas Boas(1);Rui Barros(1);António Carneiro(1)
(1) Hospital da Luz - Arrábida

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A síndrome de Ramsay Hunt é uma complicação da reativação do vírus varicela zoster (VZV) com inflamação do gânglio geniculado do VII par craniano. É caraterizada pela tríade clássica de paralisia facial, otalgia e vesículas no canal auditivo. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais frequente na 7ª e 8ª décadas de vida.
Caso Clínico: Apresentamos um doente de 81 anos com antecedentes de fibrilhação auricular, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e doença aterosclerótica. Avaliado por quadro de otalgia esquerda com irradiação para a hemiface ipsilateral com 5 dias de evolução, desequilíbrio e hipoacusia. À admissão apresentava febre, lentificação psicomotora e períodos de confusão, exantema eritematoso vesicular na hemiface esquerda da região temporal até ao mento, envolvendo o canal auditivo externo e parésia facial periférica ipsilateral. Analiticamente, com elevação discreta de parâmetros inflamatórios. Assumido diagnóstico de Síndrome de Ramsay-Hunt, iniciou tratamento com aciclovir parentérico. Completou estudo com ressonância cerebral, sem achados sugestivos de encefalite. Não realizada punção lombar pela ausência de clínica e imagem que suportasse o diagnostico de encefalite. Cumpriu 10 dias de tratamento com aciclovir, 5 dias de prednisolona, e 10 dias de flucloxacilina por sobreinfeção das lesões da face. Na reavaliação após alta, mantinha desequilíbrio ocasional e dor episódica na hemiface esquerda, mas resolução das lesões cutâneas, da parésia facial e do quadro confusional.
Discussão: A reativação do VZV é frequente na prática clínica do internista. O envolvimento de pares cranianos é mais raro e estima-se que apenas 1% dos casos cursa com síndrome de Ramsay-Hunt. Quando não reconhecido pode evoluir para neuropatia craniana múltipla e eventualmente com meningoencefalite, conferindo pior prognóstico. O diagnóstico atempado é importante para evitar a progressão e agravamento da infeção.

P n.º 1649
Da Otite à Meningoencefalite
Carina Costa e Silva(1);Flávia Freitas(1);Catarina Silva(1);Luís Cardoso(1);Flávia Ramos(1);João Mota(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A meningoencefalite é uma infeção do sistema nervoso central cuja apresentação inicial pode incluir febre, cefaleia, alteração do estado de consciência e em situações mais raras, crises convulsivas.
Caso Clínico: Mulher, 77 anos, antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de otalgia, surdez e otorreia purulenta à direita com 4 dias de evolução. No SU apresentou vómitos e tonturas. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios, realizou Tomografia Computorizada (TC) que revelou sinais de otomastoidite e otite externa, pelo que foi contactada Otorrinolaringologia (ORL) que recomendou apenas início de antibioterapia. Iniciou Ceftriaxone. Evoluiu desfavoravelmente nas 4 horas seguintes, apresentando crises convulsivas tónico-clónicas generalizadas repetidas, sem recuperação do estado de consciência; estado de mal-epilético, pelo que iniciou Levetiracetam e Dexametasona. Dado o agravamento clínico, contactada ORL; a doente foi submetida a miringotomia e mastoidectomia direita. No líquido cefalorraquidiano foi detetado ADN de Streptococcus pneumoniae e no pús auricular Actinomyces randingae, Proteus Mirabilis, Porphyromonas somerae e Enterococcus Avium com resistência ao Ceftriaxone, motivo pelo qual se associou Ampicilina. Ficou internada com o diagnóstico de Meningoencefalite com ponto de partida em Otite/Otomastoidite. Apresentou evolução favorável, sem novas crises convulsivas, tendo sido possível a suspensão de anti-epiléticos. No entanto, em TC e Ressonância Magnética de reavaliação, por ainda apresentar achados imagiológicos de processo infecioso extenso, decidiu-se prolongar antibioterapia. Cumpriu 36 dias de Ceftriaxone e 30 dias de Ampicilina. Dado ter sido um internamento prolongado, necessitou de reabilitação motora.
Discussão: A meningoencefalite pode ser fatal, destacando-se a necessidade de um diagnóstico precoce. Neste caso, já com 4 dias de evolução, a doente apresentou inicialmente uma evolução desfavorável, com um diagnóstico inicial de otite, mas com uma progressão clínica desproporcional. Pretende-se com isto realçar o valor da anamnese e exame físico, e só depois os meios complementares de diagnóstico.

P n.º 1651

Amiodarona, a outra face da toxicidade

Sofia Picão Eusébio(1);Ana Raquel Soares(1);Pedro Fiuza(1);José Pereira Sousa(1);André Conchinha(1);Sofia Cunha(1);Lourenço Cruz(1);Tiago Pack(1);Teresa Ferreira(1);Teresa Garcia(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças respiratórias

A amiodarona é um dos antiarrítmicos mais utilizados, porém o seu potencial tóxico é elevado e multiorgânico, sendo a toxicidade tiroideia a mais comum. Porém, a toxicidade pulmonar aguda representa uma entidade de difícil diagnóstico mas com boa resposta à terapêutica, se reconhecida atempadamente.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 87 anos, história médica relevante de flutter auricular, cardiopatia valvular a condicionar insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada e artrite reumatoide sem terapêutica imunossupressora. Não fumadora. Medicada em ambulatório com amiodarona há 3 anos. Admitida no serviço de urgência com um quadro de sobrecarga hídrica e flutter auricular de resposta ventricular rápida. Esteve sob perfusão de amiodarona durante 24h com conversão a ritmo sinusal, acabando por ser transferida para a enfermaria para continuação de cuidados. Por recorrência da instabilidade elétrica foi reintroduzida a perfusão de amiodarona durante mais 36h, após o qual se manteve com a dose de manutenção oral de 400mg/dia. Ao 8º dia de internamento, observou-se um agravamento clínico importante com insuficiência respiratória parcial grave, o que motivou a realização de uma tomografia computorizada de tórax. O exame demonstrou áreas com padrão de vidro despolido e “crazy-paving” nos lobos superiores e nos restantes lobos em pequenos focos. Após discussão multidisciplinar dos achados imagiológicos foi considerado como diagnóstico mais provável o de pneumonite intersticial a amiodarona, após se ter excluído a hipótese de infeção. Suspenso o fármaco em causa e iniciada corticoterapia oral, observou-se uma clara melhoria clínica, ao fim dos 3 dias de terapêutica. A toxicidade pulmonar aguda, como a descrita, é de evolução rápida e desfavorável. Pretende-se alertar para prescrição cautelosa da amiodarona e monitorização das primeiras queixas respiratórias, tendo em vista a implementação atempada da estratégia terapêutica.

P n.º 1652

Proteinose Alveolar Pulmonar - uma entidade rara

Carina Costa e Silva(1);Flávia Freitas(1);Cristina Marques(1);José Miguel Ferreira(1);João Mota(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A Proteinose Alveolar Pulmonar (PAP) é uma condição rara que se caracteriza pela acumulação de material fosfolipoproteico derivado do surfactante nos alvéolos. Pode ter etiologia auto-imune ou ser secundário a exposição e inalação de partículas, como por exemplo a sílica.
Caso Clínico: Homem, 40 anos, não fumador, com antecedentes de exposição a sílica durante 23 anos e o diagnóstico de silicose pulmonar, a realizar oxigenoterapia suplementar (OLD) no domicílio. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de agravamento da dispneia de base e tosse não produtiva com 3 dias de evolução. Associadamente apresentava astenia, anorexia e perda ponderal de 10Kg com dois meses de evolução. Hemodinamicamente estável, mas subfebril, com insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e auscultação pulmonar com crepitações secas bilateralmente. Analiticamente com elevação dos parâmetros de atividade inflamatória. Tomografia computorizada com achados compatíveis com fibrose maciça e pneumonite de hipersensibilidade. Realizou broncofibroscopia e o lavado broncoalveolar apresentava abundante material positivo à coloração ácido periódico Schiff, sugestivo de PAP secundária a exposição de sílica dado o historial. Durante o internamento, agravamento progressivo com IR tipo 2 e necessidade de ventilação não invasiva (VNI), iniciou Piperacilina/Tazobactam pela suspeita de infeção respiratória como causa de exacerbação da doença de base. Dada a ausência de melhoria, foi proposto para lavagem pulmonar total (LPT), que atendendo à gravidade, foi realizada sob circulação extracorporal. Após a intervenção, apresentou melhoria clínica tendo tido alta com OLD e VNI noturno, ficando orientado em Consulta de Pneumologia para reavaliação da necessidade de novas intervenções. Após 6 meses e nos 12 meses seguintes apresentou várias exacerbações por infeções respiratórias, com aumento do grau de fibrose pulmonar, agravamento da IR, tendo acabado por falecer.
Discussão: O prognóstico da PAP é variável, em alguns casos há resolução espontânea do quadro, outros apresentam IR progressiva. Nos casos secundários a exposição, a sua evicção é o principal, no entanto quando não há remissão, a LPT é a única terapêutica que pode ser eficaz. Encontram-se em estudo novos fármacos que poderão melhorar o prognóstico destes doentes.

P n.º 1656

Síndrome úveo-meníngea: etiologia esquecida da síndrome confusional aguda

Sofia Picão Eusébio(1);Ana Raquel Soares(1);Pedro Fiuza(1);José Pereira Sousa(1);Lourenço Cruz(1);André Conchinha(1);Sofia Cunha(1);Teresa Ferreira(1);Tiago Pack(1);Afonso Rodrigues(1);António Mário Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A síndrome confusional aguda é motivo comum de internamento, sendo que a patologia úveo-meníngea compõe o grupo menos frequente das múltiplas etíologias da síndrome. Apresenta-se o caso de uma mulher de 72 anos, autónoma e cognitivamente íntegra. História médica conhecida de cardiopatia hipertensiva e diabetes tipo 2 com retinopatia diabética bilateral. Quadro de 2 semanas de evolução de confusão temporo-espacial com comportamento desorganizado, ideação delirante e solilóquios, associado a amaurose-bilateral. Tomografia crânio encefálica a demonstrar proptose binocular, simétrica com espessamento do contorno posterior de ambos os globos oculares e ausência da habitual hiperdensidade dos cristalinos bilateralmente. Exame oftalmológico com documentação de descolamento da retina bilateral e descolamento coroideu, sem lesão retiniana. Punção lombar com exame cultural estéril, > 600 células mononucleares, glicorráquia diminuída e proteinúria aumentada, com pesquisa de ADA negativa. Estudo complementar de autoimunidade, seroteca infecciosa e painel de vírus neurotrópicos inocente. Eletroencefalograma e ressonância magnética crânio encefálica sem alterações sugestivas de encefalite. Após discussão multidisciplinar, os achados descritos foram enquadrados numa síndrome úveo-meníngea. Optou-se pela introdução de corticoterapia sistémica com melhoria significativa da acuidade visual e da orientação temporo-espacial, confirmando-se por ecografia ocular diminuição substancial da espessura coroideia e dos exsudados retinianos. O caso explanado alerta para a importância de um exaustivo diagnóstico diferencial e abordagem multidisciplinar da síndrome confusional aguda no doente idoso. Considerar estas entidades menos frequentes é fulcral para a instituição atempada da terapêutica e evolução favorável.

P n.º 1657

Enfartes Esplénicos - o desafio da investigação etiológica

Carina Costa e Silva(1);Cristina Marques(1);Flávia Freitas(1);Catarina Silva(1);Dany Cruz(1);João Mota(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O enfarte esplénico (EE) ocorre quando o fluxo sanguíneo está comprometido podendo corresponder a oclusão arterial ou venosa. A apresentação clínica típica inclui dor abdominal à esquerda. As etiologias mais frequentes são tromboembolismo e doença hematológica infiltrativa.
Caso Clínico: Mulher, 81 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência cardíaca com bioprótese aórtica e fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada com edoxabano. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de dor abdominal no hipocôndrio esquerdo de início súbito, com 3 horas de evolução, sem outras queixas. Hemodinamicamente estável e apirética, com Hemoglobina 9,5 g/dL e PCR 7.35 mg/dL, realizou Tomografia Computorizada que revelou trombose da artéria esplénica com zonas de EE. Suspendeu edoxabano e iniciou enoxaparina em dose terapêutica e antibioterapia com amoxicilina e metronidazol que cumpriu 7 dias. Após 3 semanas, retornou ao SU com dor abdominal e febre. Analiticamente mantinha anemia, leucocitose e PCR 7.07 mg/dL. Dado o diagnóstico recente de EE, foi internada para estudo etiológico. Iniciou vancomicina e gentamicina, pela suspeita de endocardite, que suspendeu após realização de ecocardiograma transesofágico sem imagens de vegetações. TC do crânio sem lesões isquémicas, afastando a hipótese de eventos cardioembólicos. TC toraco-abdomino-pélvico e estudo endoscópico sem lesões sugestivas de neoplasia. Apresentou JAK2 negativo, estudo auto-imune negativo e hiperhomocisteinémia pelo que iniciou ácido fólico. Na imunoeletroforese sérica com banda monoclonal IgG/Kappa e duas cadeias leves Lamba e na urinária com uma banda monoclonal IgG/Kappa. Dado o estudo etiológico realizado até ao momento, a principal hipótese diagnóstica é enfarte esplénico em contexto de síndrome paraneoplásico - gamapatia monoclonal, pelo que foi encaminhada para Consulta de Hemato-oncologia. Encontra-se hipocoagulada com apixabano.
Conclusão: No estudo etiológico de EE é importante excluir endocardite, tromboembolismo, neoplasias malignas e estados de hipercoagulabilidade. O prognóstico depende da causa subjacente e o tratamento é dirigido a esta.

P n.º 1659

Streptococcus pyogenes, muitas vezes inocente, mas nem sempre

Manuel de Albuquerque(1);Cláudia Neves(1);Inês Urmal(1);João Teixeira(1);Pedro Mesquita(1);Beatriz Barata(1);Elisabete Sousa(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Frade(1);Maria Rebelo(1);Catarina Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Streptococcus pyogenes (SP) é um agente etiológico frequente nas infeções do trato respiratório superior. Os Streptococcus do grupo A são responsáveis por 10 a 30% das faringoamigdalites. Podem acompanhar-se de complicações supurativas - abcesso periamigdalino, endocardite, osteomielite, meningite, e não supurativas - febre reumática, artrite reativa, glomerulonefrite.
Um homem, 64 anos, sem antecedentes de relevo, apresentou-se com queixas de início súbito de cubitalgia e gonalgia direitas, febre e amaurose bilateral. Havia apresentado odinofagia 2 semanas antes. Apresenta-se febril, hemodinamicamente estável, eupneico, orofaringe sem alterações. Sem rigidez da nuca. Apresenta edema, rubor e calor das articulações do punho e joelho à direita com bursite. Tinha ainda hiperémia conjuntival bilateral com opacificação da córnea, sem exsudado. Análises com proteína C reativa 49mg/L, procalcitonina 29ng/ml e velocidade de sedimentação 72mm/h. Sem anemia ou disfunção renal. Realizada punção lombar com meningite asséptica, tomografia computorizada do maciço facial com sinusopatia inflamatória maxilo-etmoidal à esquerda. Inicia empiricamente antibioterapia com ceftriaxone, ampicilina e vancomicina com posterior isolamento de SP em hemoculturas e ajuste para penicilina G e clindamicina que veio a completar durante 15 dias. Concluiu-se doença invasiva a SP complicada de febre reumática e endoftalmite endógena. O tratamento médico incluiu antibioterapia e anti-inflamatório não esteróide com resolução da febre, poliartrite e descida dos parâmetros inflamatórios. Foi submetido a cirurgia oftalmológica com facoemulsificação e vitrectomia bilaterais para controlo de foco, sem recuperação da acuidade visual.
Nos países desenvolvidos, na era pós-antibiótica, as infeções graves e doença sistémica invasiva a SP não são uma realidade frequente. O tratamento precoce do quadro respiratório superior é fundamental à prevenção das complicações supurativas e não supurativas.

P n.º 1662

Hipercalcemia de difícil controlo – a propósito de um caso de hiperparatiroidismo primário

Ana Rita Branco(1);Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Fernando Lemos(1);Diogo Alves(1);Pedro Pinto(1);António Ferreira(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO:
Hipercalcemia é uma alteração iónica com apresentação clínica variável e dada a diversidade etiológica e prognóstico, que pode ser sombrio, deve ser ativamente procurada a sua etiologia. O hiperparatiroidismo primário é uma das causas mais comuns, por vezes, de difícil tratamento.

CASO CLÍNICO:
Mulher, 81 anos com hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia. Encaminhada à consulta de Medicina Interna a 09/18 por perda ponderal (20 Kg em 7 meses) associada a tremores nos membros inferiores e depressão. Exame físico sem alterações. Analiticamente com anemia (hemoglobina 9,8g/dL), lesão renal aguda (creatinina 1,45mg/dL), hipercalcemia (Ca2+ 13,6mg/dL) e aumento da paratormona (433pg/mL). Decisão de Internamento a 10/18 para fluidoterapia, pamidronato e vitamina D. Ecografia tiroideia mostrou vários nódulos a carecer de biópsia. Teve alta para consulta sem sintomas e hipercalcemia estável (Ca2+ 10mg/dL). A cintigrafia das paratiroides e tomografia computorizada cervical não identificou as paratiroides, mas mostrou nódulo tiroideu hipocaptante esquerdo (biopsado, características benignas). A 03/19 novamente internada por hipercalcemia (Ca2+ 14,5mg/dL). Associado cinacalcet 90mg e teve alta com Ca2+ 11,0mg/dL mantendo restante medicação. A 04/19 com hipercalemia refratária (Ca2+ 15mg), persistência sintomática e intolerância a terapêutica oral, especificamente a cinacalcet (vómitos), tendo sido reinternada. Após fluidoterapia orientada para Hospital de Dia sob fluidoterapia 3 vezes por semana com controlo de calcemia. Após decisão multidisciplinar optou-se por tiroidectomia total e paratiroidectomia esquerda (realizadas após 2 meses). Posteriormente estabilidade clínica e analítica. A histologia não mostrou malignidade, concluindo-se tratar de hiperparatiroidismo primário por adenoma.

DISCUSSÃO: O diagnóstico etiológico e a necessidade de múltiplas terapêuticas para a hipercalcemia podem constituir um verdadeiro desafio, exemplificado pelo presente caso clínico.

P n.º 1663

Neuropatia óptica isquémica anterior como manifestação inicial de síndrome mielodisplásico

Dr. Ivo Barreiro(1);Maria Inês Bertão(1);André Carvalho(1);Beatriz Lima(1);Marta Brás(1);Emília Cardoso(1);Diana Mota(1);Rosário Santos Silva(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A neuropatia óptica isquémica anterior (NOIA) pode ser classificada como arterítica ou não arterítica. As causas não arteríticas mais comuns são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Encontram-se também descritos raros casos de NOIA secundária a síndrome mielodisplásico (SMD). Apresentamos um caso de SMD com evolução para leucemia mielóide aguda (LMA) após NOIA como manifestação inicial.
Caso clínico
Homem de 77 anos, hipertenso, recorre ao serviço de urgência (SU) por diminuição aguda da acuidade visual do olho direito. Observação por oftalmologia revelou defeito altitudinal no olho direito, edema da papila e hemorragias em chama de vela, compatível com NOIA não arterítica.
Do estudo realizado, apresentava hemoglobina de 7,9 g/dL e 1690 leucócitos, sem trombocitopenia. Velocidade de sedimentação de 30mm, sem marcadores inflamatórios, tomografia craniana e estudo imunológico sem alterações, pelo que se assumiu NOIA não arterítica secundária a anemia de novo.
Complementou estudo em consulta, com serologias parvovírus, Epstein-Barr e citomegalovírus negativas, sem ferropenia, défices de folato ou vitamina B12 e índice de proliferação de reticulócitos baixo. Electroforese das proteínas sem picos monoclonais e imunofixação das proteínas séricas e urinárias sem alterações qualitativas, com beta 2 microglobulina aumentada.
Estudo medular evidenciou alterações na maturação das linhas eritróide e de neutrófilo, com 16,3% de blastos, sugestivo de SMD.
O caso foi discutido com Hematologia, sendo o doente proposto para azacitidina.
Antes de iniciar tratamento, o doente recorreu ao SU por novo agravamento da acuidade visual, agora bilateralmente, com observação oftalmológica a revelar edema da papila do olho esquerdo de novo. Apresentava também agravamento das citopenias, pelo que repetiu estudo medular, que revelou progressão do SMD para LMA, com 26% de blastos. O doente manteve seguimento em consulta de Hematologia e iniciou azacitidina e venetoclax, mas veio a falecer após episódio de neutropenia febril de alto risco.
Discussão
A anemia pode ser uma causa de NOIA não arterítica, sendo os mecanismos patológicos envolvidos a hipóxia e a disfunção microvascular. Factores de risco adicionais como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e a hipotensão nocturna podem induzir disfunção.

P n.º 1665

ASHWAGANDHA: SUPLEMENTO OU TÓXICO?

Inês de Amorim Pereira(1);António Lamas(1);Marli Ferreira(1);Inês Henriques Ferreira(1);Teresa Mendonça(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
A hepatite A ocorre normalmente como doença auto-limitada e em Portugal, em 2020, apenas 50% dos casos necessitaram de internamento. A ashwagandha (Withania somnifera) é uma planta utilizada como suplemento alimentar que tem sido associada a casos de Drug Induced Liver Injury (DILI). No LiverTox (NIH) associa-se a um score de probabilidade C (causa provável). Na literatura, o consumo de tóxicos associa-se de forma clara a lesão hepática, contribuindo para a gravidade da mesma.
Caso Clínico
Jovem de 22 anos, sem antecedentes de relevo. Quadro com uma semana de evolução de anorexia, astenia, vómitos alimentares, febre e icterícia. Descrição de consumo de suplementos nutricionais, nomeadamente ashwagandha, durante os 3 meses prévios e um episódio de consumo alcoólico tipo binge na semana anterior. À admissão sem sinais de encefalopatia e sem coagulopatia (INR 1,11). Analiticamente com elevação das transaminases com AST 78 vezes (2657 U/L) e ALT 105 vezes (4625 U/L) acima do limite superior do normal (LSN), colestase ligeira (FA 164 U/L e GGT 261 U/L), hiperbilirrubinemia à custa da direta, paracetamol abaixo do limite da toxicidade e serologia positiva para HAV. Assumida hepatite A sem critérios de gravidade, no entanto e pela severidade da elevação de transaminases e bilirrubina, assumida coexistência de etiologia tóxica em relação com consumo de ashwagandha e consumos alcóolicos. Durante o internamento com melhoria franca sob medidas de suporte sintomático. Um mês após a alta, e com evicção de tóxicos, ainda com AST ~5 vezes (182 U/L) e ALT ~12,5 vezes (550 U/L) o LSN.
Discussão
Com este caso pretende-se alertar que o consumo de ashwagandha pode ser um fator determinante para a gravidade de uma hepatite aguda, e que esta pode ser multifatorial, devendo todas as potenciais causas ser devidamente exploradas na anamnese sob pena de efetuarmos uma caraterização etiológica incompleta e de os doentes continuarem com consumos potencialmente lesivos.

P n.º 1666

Angiopatia amilóide cerebral - location, location, location!

Nuno David Dias Pardal(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Ana Rita Oliveira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Irene Medeiros(1);Diana Guerra(1)
(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: A angiopatia amilóide cerebral (AAC) define um fenómeno patológico frequente mas muitas vezes subdiagnosticado de acumulação de proteína beta amilóide nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central, em particular nas artérias leptomeníngeas e corticais, fragilizando-as com consequentes eventos hemorrágicos microscópicos ou sulcares.
CASO CLÍNICO: Mulher de 77 anos, autónoma e com antecedentes de dislipidemia, recorreu ao SU por diminuição de força do membro inferior esquerdo ao acordar. Na admissão foi objetivada hemihipostesia esquerda com força grau 4 no membro superior e 2 no membro inferior, sem outras alterações no exame neurológico. O TC do crânio evidenciou hemorragia parenquimatosa cortico-subcortical parietal paramediana superior direita com halo de edema perilesional e efeito de massa. No internamento, dada a localização lobar da hemorragia suspeitou-se de angiopatia amilóide pelo que realizou RMN cerebral que, adicionalmente, revelou múltiplas áreas microhemorrágicas dispersas bilateralmente de predomínio occipital, temporal e parietal em diferentes fases de evolução (sub-agudas e crónicas/sequelares), hemosiderose meníngea sulcar e sequelas isquémicas subcorticais parietais à esquerda, confirmando a suspeita de angiopatia amilóide.
DISCUSSÃO: A localização lobar de uma hemorragia cerebral num doente idoso deve levantar a suspeita da angiopatia amilóide cerebral como etiologia do evento, tendo a ressonância um papel central no diagnóstico ao demonstrar um padrão característico de microhemorragias corticosubcorticais dispersas, siderose sulcar e leucoencefalopatia isquémica. Pelo desconhecimento da fisiopatologia e dificuldades na identificação de biomarcadores diagnósticos fiáveis, esta mantém-se uma etiologia de difícil gestão e com escassa atitude terapêutica dirigida.

P n.º 1667

Empiema pleural por Gemella morbillorum

Ana Rita Branco(1);Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO:
Os microorganismos do grupo Gemella, são patogénios oportunistas, cocos gram positivos e anaeróbios facultativos. Há poucos casos descritos de infeções do trato respiratório associadas a estes patogénios que podem causar abcessos pulmonares, pneumonias necrotizantes e empiemas pleurais.

CASO CLÍNICO:
Homem, 67 anos, ex-fumador, dirigiu-se ao serviço de urgência por dor pleurítica direita com 2 dias de evolução. Exame Físico: febre (38,2ºC), eupneico, diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitoráx direito. Análises: parâmetros inflamatórios aumentados. Gasometria: insuficiência respiratória tipo 1, necessidade de oxigenioterapia suplementar até FiO2 35%. Radiografia torácica: derrame pleural à direita. Tomografia computorizada (TC) torácica: derrame pleural direito multiloculado, de volume moderado com espessamento dos folhetos pleurais e componente intercisural oblíquo. Toracocentese com saída de pus. Análise líquido pleural: LDH 843mg/dL, proteínas 5.4 mg/mL, pH 7.24, glicose 114mg/dL. Colocado dreno torácico com drenagem imediata de 400mL e iniciou Ceftriaxone e clindamicina intravenoso (3 semanas). Durante o internamento, necessitou de novo dreno por nova loculação com drenagem total de 1350mL com apirexia e resolução de insuficiência respiratória. Isolada Gemella morbillorum no bacteriológico do líquido pleural. Após revisão de literatura alterada antibioterapia para amoxicilina/ácido clavulânico tendo completado um total de 6 semanas de antibioterapia em ambulatório. Na consulta de Medicina, assintomático e imagiologicamente com derrame residual em TC de controlo.

DISCUSSÃO:
O caso demonstra a importância de instituição terapêutica precoce para o tratamento do empiema pleural de forma a evitar possíveis complicações, como o fibrotórax ou a calcificação pleural. Empiemas por Gemella morbillorum descritos na literatura são raros, contribuindo o presente caso para reforçar a possibilidade de utilização de beta-lactâmicos no tratamento deste agente.

P n.º 1669

Glomerulonefrite pós-infeciosa com TASO negativo

Clara Pinto(1);Inês Pinheiro(1);João Faia(1);Ana Paiva Santos(1);Ana Érica Ferreira(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças renais

Introdução: A glomerulonefrite pós-infeciosa ocorre mais frequentemente após infeção por Streptococcus spp. sendo mais comum nas crianças. É uma reação imune e ocorre por deposição de complexos imunes granulares subepiteliais.
Caso Clínico: Mulher de 75 anos recorreu ao serviço de urgência (SU) por anorexia, astenia e tremores generalizados com três semanas de evolução, em agravamento progressivo. Medicada para hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Por pneumonia adquirida na comunidade três semanas antes, havia sido medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, já então com edema periorbital e lesão renal aguda (LRA) (creatinina 1.78 mg/dL). Desde o início da terapêutica, com hematúria macroscópica e agravamento do cansaço, levando à suspeita de urémia.
Analiticamente, a destacar apenas anemia normocítica normocrómica, LRA AKIN 3 não oligúrica (creatinina 6.73 mg/dL e TFGe 6 ml/min), C3 diminuído, C4 normal, TASO <13. No SU, diagnosticada cistite por Candida albicans.
Assumido síndrome nefrítico por hematúria macroscópica, proteinúria e agravamento da função renal em doente com DM2 não controlada, embora sem atingimento renal.
Realizou biópsia renal que confirma glomerulonefrite pós-infeciosa, subsequente a infeção respiratória.
Discussão: A glomerulonefrite pós-infeciosa é mais frequente após amigdalite ou impétigo e ocorre com positividade para TASO ou anti-DNAse, o que não se verificou nesta doente (embora com história de dois episódios infeciosos prévios). Assim, a biópsia renal foi essencial para o diagnóstico.

P n.º 1670

Lesão renal aguda secundária a vasculite ANCA - um desafio diagnóstico

Maria Rita Dias(1);Filipa Fonte Rodrigues(1);Mariana Dias Pais(1);Catarina Pereira Cardoso(1);Vanessa Fraga(1);Catarina Pereira Eusébio(1);Joana Marques Martins(1);Ana Messias(1);Jorge Silva(1);Ana Glória Fonseca(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP), cuja etiologia inclui a vasculite ANCA, é uma causa rara de lesão renal aguda. Na ausência de suspeita clínica, pode ser subdiagnosticada, com atraso no tratamento e pior prognóstico.
Caso clínico: Mulher, 82 anos, caucasiana. Antecedentes de gastrite e anemia crónicas, coartação da aorta e hipotiroidismo. Admitida no serviço de urgência por dispneia, palidez e vómitos em pequena quantidade nesse dia. Ainda, quadro de cansaço, anorexia e perda ponderal não quantificada nos últimos meses. À admissão, TA 194/75 mmHg, polipneica, murmúrio vesicular diminuído nas bases e edema periférico. Analiticamente, hemoglobina 6 g/dL, VGM 70.6 fL, leucócitos 17 G/L, neutrófilos 81.9% (sem eosinofilia), plaquetas 485 G/L, ureia 151 mg/dL, creatinina 5.6 mg/dL, sódio 137 mmol/L, potássio 6.4 mmol/L, troponina T 70 ng/L, PCR 9.75 mg/dL; urina concentrada colhida após algaliação com eritrocitúria e rácio proteínas/creatinina de 1.3; gasimetria arterial com pH 7.29, pCO2 24 mmHg, pO2 51.1 mmHg, bicarbonato 11.4 mmol/L e lactato 3 mmol/L; electrocardiograma sem sinais de isquemia aguda; radiografia de tórax com infiltrados intersticiais bilaterais; ecografia renal sem obstrução. Iniciou ventilação não invasiva e antibioterapia empírica, com melhoria da clínica respiratória. Iniciou hemodiálise por oligúria sem resposta à terapêutica médica. Após 2 sessões, recuperação da diurese mas sem recuperação da função renal, com reindução dialítica ao 13º dia de internamento por retenção azotada grave. Estudo etiológico: ecocardiograma normal; serologias virais e culturas negativas; C3 e C4 normais; ANAs, ENAs e anti-MBG negativos; ANCA equívoco com MPO positivo; TC de tórax com padrão de "vidro despolido" difuso; broncofibroscopia sem hemorragia alveolar. Biópsia renal com glomerulonefrite crescêntica pauci-imune, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisolona oral 1 mg/Kg/dia, e rituximab, no entanto mantendo dependência de diálise aos 6 meses.
Conclusão: Este é um caso de GNRP inicialmente interpretada como uma necrose tubular aguda pela presença de vários fatores etiológicos possíveis. A evolução clínica atípica levou à suspeita de outra etiologia, com o diagnóstico final de vasculite ANCA-MPO com afeção renal e pulmonar.

P n.º 1673

Cerebral Empyema - In these modern nervous times, a trustful source is always a problem

Bernardo Vidal Pimentel(1);Nuno Maia Das Neves(1);Francisco Soares Laranjeira(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Margarida I. Nascimento(1);Bernardo Duque Neves(1);Eduardo Doutel Haghighi(1);Pedro Morais Sarmento(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUCTION
Central nervous system infection (CNSI) can cause a catastrophic disease course. Besides an early clinical suspicion, its management mandates a challenging source control.

CLINICAL CASE
A 70-years-old man with type 2 diabetes, lumbar intradural metastatic prostatic carcinoma and chronic sinusitis was admitted with severe headache and fever in the past four days. Symptoms began one day after concluding a 14-days course of ciprofloxacin for acute sinusitis. Nuchal rigidity and positive Brudzinski sign were noticed. Laboratory work revealed elevated inflammatory parameters. A head computed tomography revealed chronic frontal and ethmoidal inflammation and a pyogenic collection between the left frontal lobe and ventricle. Lumbar puncture revealed high opening pressure, decreased glucose, elevated proteins and white blood cells with neutrophil predominance in the cerebrospinal fluid. Blood, liquor cultures and viral serologies were negative. A culture-negative CNSI with meningitis secondary to sinusitis and complicated with subdural empyema (SE) was assumed. Empiric antimicrobial therapy (AT) with intravenous ceftriaxone, vancomycin, metronidazole and ampicillin was initiated and SE drainage was performed. An oxacillin-resistant Staphylococcus epidermidis was identified in the peri-nasal exudate. The cerebral exudate and blood cultures were negative. The same AT was maintained. Besides slow clinical improvement, imaging re-evaluation revealed persistent multifocal SE, leading to re-drainage on the 29th inpatient day. Culture exams were negative and AT was maintained. On the following days, clinical and imaging improvement were noted. The patient was discharged with a normal neurological status after 58 days of AT. Oral co-trimoxazole was maintained in the outpatient setting for more 14 days.

DISCUSSION AND CONCLUSION
CNSI successful source control requires surgical drainage and AT. Proper AT selection is hampered by matters as patient factors, blood-brain barrier and the abscess nature itself. In our case, the resistant-microorganism identification and imaging recurrence led to a hardly avoidable prolonged AT course with a fortunately positive outcome.

P n.º 1678

FITOBEZOAR COMO CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL: UM CASO RARO EM MEDICINA

Ana Rita Ramos(1);Márcia Melo(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: Um bezoar define-se como um corpo estranho que resulta do acúmulo de material ingerido, que quando são compostos de matéria vegetal são denominados fitobezoares. Estes são raramente causa de obstrução mecânica do intestino delgado, sendo que o local de obstrução dá-se geralmente na vávula ileocecal, onde o lúmen do intestino delgado é menor.

CASO CLÍNICO: Um homem de 78 anos recorreu à urgência em Maio de 2022 por quadro de febre e dispneia com dois dias de evolução, associado a epigastralgias e náuseas. Referia história de intervenção cirúrgica abdominal há cerca de 20 anos em contexto de provável Doença de Crohn, contudo sem diagnóstico definitivo. Por aumento dos parâmetros inflamatórios e uma hipotransparência no RX Tórax ficou internado por Pneumonia Adquirida na Comunidade. Ao D4 de internamento iniciou quadro de náuseas e vómitos biliares, associado a obstipação de agravamento progressivo com dor abdominal difusa e intensa, timpanismo difuso à percussão e sinais de irritação peritoneal. Foi solicitado TAC abdominopélvica onde se verificou provável íleus biliar. Após laparotomia com hemicolectomia direita alargada verificou-se que tal quadro oclusivo se devia a um fitobezoar que se localizava junto à válvula ileocecal. Após intervenção cirúrgica, o doente melhorou progressivamente, e teve alta.

CONCLUSÃO: Este caso clínico serve para demonstrar um caso raro de obstrução intestinal, inicialmente abordado pela especialidade de Medicina Interna. Serve ainda para alertar para uma abordagem emergente perante sintomas de obstrução intestinal aguda.

P n.º 1680
Um diagnóstico diferencial de prurido
Bárbara Azevedo de Sousa(1);Joana Silva(1);Joana Fontes(1);Elsa Araújo(1);António Ferro(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
O prurido crónico é classificado, de acordo com a sua etiologia, em primário/idiopático ou secundário (quando associado a uma causa conhecida).
O prurido aquagénico associa-se a doenças mieloproliferativas, como a trombocitose essencial (TE), relacionada a um aumento no número e tamanho de plaquetas circulantes.
A apresentação clínica de pacientes com TE carateriza-se maioritariamente pela presença de eventos trombóticos e hemorrágicos. No entanto, não há características patognomónicas e pode ter várias apresentações.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, casada, com 2 filhos, saudáveis. Antecedente de tumor benigno da vesícula, colecistectomizada há 11 anos, dislipidemia medicada e história de dois eventos de trombose venosa periférica dos membros inferiores, última há 3 anos.
Referenciação à consulta por prurido intenso, que se desencadeava após o banho, sem lesões cutâneas associadas e sem resposta à terapêutica anti-histamínica, sem outros sintomas associados.
Analiticamente a destacar trombocitose (plaquetas perto das 600 10^9/L), sem outras alterações. Ecografia abdominal com esplenomegalia homogénea ligeira (cerca de 13,2 cm de eixo bipolar).
Feita pesquisa de mutação JAK2 V617F positiva no sangue periférico e posteriormente biopsia da medula óssea, compatível com neoplasia mieloproliferativa crónica - trombocitose essencial.
Iniciou tratamento citorredutor com hidroxiureia e antiagregação com ácido acetilsalicílico, com posterior resolução das queixas de prurido, permanecendo assintomática após início da terapêutica.

Discussão:
A existência de um quadro de prurido crónico, muitas vezes incapacitante e incómodo, deve levar a uma investigação etiológica para o melhor tratamento. O prurido aquagénico, pela associação com doenças mieloproliferativas e refratário as terapêuticas convencionais, torna-se mais desafiante, tal como no caso apresentado.

P n.º 1681

Pericardite efusiva - desta vez a culpa foi mesmo da vacina

Nuno David Dias Pardal(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Diana Guerra(1)
(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A vacinação contra a COVID-19 revelou rapidamente benefício significativo, tendo demonstrado no entanto alguns efeitos adversos. Entre eles está descrito de forma rara a pericardite, na sua maioria sem complicações e mais frequente em jovens do sexo masculino poucos dias a uma semana após a segunda dose, podendo apresentar-se como efusiva.
CASO CLÍNICO: Homem de 41 anos, antecedentes de tabagismo e consumo de drogas (abstinente >8 meses), recorreu ao SU por toracalgia pleurítica e astenia com 6 dias de evolução de início 2 dias após segunda dose de vacina contra COVID-19 e agravamento progressivo; sem febre, sintomatologia sugestiva de infecção vírica recente ou sintomas constitucionais. À admissão normotenso, frequência cardíaca de 115bpm, apirético, auscultação cardíaca hipofonética e sem turgescência venosa jugular. Analiticamente com leucocitose, PCR de 8.9 mg/dL, sem elevação de marcadores de necrose miocárdica; ECG com taquicardia sinusal, elevação do ponto J em D-I, aVL e V4-6; ecoscopia com identificação de derrame pericárdico significativo. Realizou ecocardiograma transtorácico confirmando derrame pericárdico >3cm com exagero respiratório de fluxos transvalvulares. No internamento com febre recrudescente, episódios de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida e insuficiência respiratória, apresentando progressiva melhoria clínica, analítica e imagiológica sob colchicina e acetilsalicilato de lisina. Do estudo etiológico sem achados positivos. Dada a evolução favorável assumiu-se pericardite secundária a imunização.
DISCUSSÃO: O interesse deste caso prende-se com o desenvolvimento de pericardite após vacinação contra a COVID-19 em janela temporal inevitavelmente relacionada e sem outra etiologia identificada. Apesar da escassez de casos descritos de pericardite associada a esta imunização e da sua assunção por diagnóstico de exclusão, esta é já uma entidade reconhecida e que deve ser considerada no estudo etiológico da doença.

P n.º 1682

Intoxicação por lítio: um caso clínico

Filipa Fernandes Pereira(1);Catarina Fernandes(2);Rafaela Lopes Freitas(2);Nídia Oliveira(3);Sara Carvalho(1);José Ribeiro(2);Rita Noversa Sousa(2);Margarida Oliveira(2);Luisa Guerreiro(2)
(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O lítio é um estabilizador de humor com intervalo terapêutico estreito. A toxicidade por lítio é frequente, com atingimento multissistémico, mas principalmente neurológico. Neste caso, ilustra-se uma intoxicação por lítio crónica agudizada, um diagnóstico diferencial de alteração comportamental em doentes sob lítio e que reflete a importância da monitorização terapêutica.
Trata-se de uma mulher de 66 anos, com doença bipolar medicada com lítio, doença renal crónica (DRC), e hipertensão, com início recente de terapêutica com perindopril e indapamida. Recorre ao serviço de urgência por agitação, discurso incoerente e tremor, bem como historial de polidipsia e poliúria. À admissão, desorientada e desidratada, com DRC agudizada e litemia de 2.8 mmol/L (VR 0.4-1.2). Documentada bradicardia extrema (20-25bpm), pelo que iniciou isoprenalina em perfusão. Iniciou fluidoterapia e foi submetida a hemodiálise (HD), após a qual se aferiu litémia 1.1 mmol/L com posterior perfil descendente. A FC regressou a valores habituais – bradicardia sinusal 40bpm, assintomática. O quadro neurológico resolveu completamente em poucos dias. Suspendeu o lítio e iniciou valproato.
O historial de poliúria e polidipsia sugere diabetes insipidus nefrogénica, associada à toma prolongada de lítio. A depleção de volume inerente a esta condição e a introdução recente de anti-hipertensores poderão estar na base da agudização da DRC, que diminui a clearance de lítio, precipitando este quadro. A hiperlitemia pode cursar com disfunção do nodo sinusal, tendo neste caso sido constatada bradicardia extrema, que melhorou significativamente após HD.
A abordagem desta intoxicação inclui fluidoterapia, descontaminação gastrointestinal e terapêutica de substituição renal conforme a clínica e litemia, tal como pesar risco/benefício em continuar o lítio.

P n.º 1684

Do Acidente Vascular Cerebral ao diagnóstico de Displasia Fibromuscular

Bárbara Azevedo de Sousa(1);Joana Silva(1);Joana Fontes(1);Susana Pereira(2);Victória Paes de Faria(2);António Ferro(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A displasia fibromuscular (DFM) é uma doença vascular não aterosclerótica e não inflamatória que leva ao espessamento anormal das paredes das artérias, mais comumente as artérias renais e carótidas.
A apresentação clínica mais comum é a hipertensão renovascular secundária ao envolvimento da artéria renal.
Por outro lado, a DFM das artérias cervicais, acometendo principalmente a artéria carótida interna (ACI), raramente é sintomática. Podendo, no entanto, ser a manifestação clínica inicial, tal como no caso apresentado.

Caso clínico:
Mulher de 44 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo e sem medicação habitual.
Recorre ao serviço de urgência por cefaleias frontais, perda de visão súbita do olho esquerdo, parestesias no braço direito e episódio de afasia motora transitória.
Após observação e estudo complementar com diagnóstico final de oclusão da artéria central da retina esquerda e acidentes isquémicos transitórios em território carotídeo esquerdo por dissecção da ACI esquerda cervical, sem evento precipitante ou etiologia esclarecidos após investigação.
Foi orientada para consulta, sob anticoagulação oral, a aguardar estudo por ecografia renal com doppler das artérias renais.
Por estudo por doppler com aceleração das artérias renais a sugerir estenose, realizado Angio-TC, com evidência de artérias renais com irregularidades dos contornos, esboçando um padrão em "colar de pérolas" típico de displasia fibromuscular, sem estenoses significativas.
Manteve estabilidade clínica e imagiológica no seguimento, com controlo dos fatores de risco cardiovasculares.
Discussão:
O tratamento da DFM dissecante da artéria carótida incluiu a anticoagulação e, em casos selecionados, a angioplastia. Também a revascularização renal pode estar recomendada em estenoses significativas e hipertensão mal controlada associada.
Assim, o diagnóstico da DFM é fundamental para uma correta abordagem e tratamento.

P n.º 1691

Miocardite COVID-19: um caso clínico

Catarina Vasconcelos Forra(1);Mafalda Neves(1);Rui Parente(1);Beatriz Ribeiro(1);Olga Korobka(1);Diana Brites(1);Rui Isidoro(1);Alexandre Louro(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, é caracterizada por um espectro alargado de manifestações clínicas predominantemente das vias respiratórias, no entanto, têm vindo a ser observadas manifestações cardíacas. A miocardite é uma doença inflamatória do músculo cardíaco de etiologia mais frequente viral. A associação de COVID-19 a miocardite é rara, mas tem vindo a ser descrita na literatura.
Caso Clínico: Homem de 40 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual, com diagnóstico há dez dias de COVID-19, doença ligeira caracterizada apenas por mialgias da qual se apresentava recuperado. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com um dia de evolução de dor precordial constante do tipo pontada, de início súbito, sem outras características, sintomas acompanhantes e sem perdas hemáticas. Da avaliação no SU a destacar exame objetivo normal, avaliação analítica com anemia ferropénica com hemoglobina de 7,7g/dL, leucocitose com neutrofilia, troponina I de 1301ng/L com cinética ascendente; no entanto D-dímeros, proteína C reativa, tomografia computorizada torácica e eletrocardiograma sem evidência de outras alterações. Após discussão multidisciplinar foram colocadas as hipóteses diagnósticas de miopericardite COVID-19 versus enfarte do miocárdio tipo 2 secundário a anemia, tendo ficado internado. Durante o internamento observou-se estudo endoscópico sem lesões, ecocardiograma normal e análises com descida sustentada de troponina I. Teve alta hemodinamicamente estável e assintomático. Em ambulatório prosseguiu estudo de anemia e foi realizada ressonância magnética cardíaca, que confirmou o diagnóstico de miocardite, tendo-se assumido etiologia presumível a SARS-CoV-2.
Discussão: A miocardite associada a COVID-19 é descrita com apresentação heterogénea e o seu diagnostico definitivo pode ser difícil, pela possibilidade de doença sobreposta, e pela necessidade de exclusão de outros diagnósticos, como no caso apresentado. Mantém-se uma entidade rara cuja verdadeira incidência e complicações ainda não são conhecidas e o seu estudo poderá, no futuro, permitir uma melhor caracterização da doença.

P n.º 1693

Um caso invulgar de pancitopenia: multiplicidade de etiologias num só doente.

Catarina Hilário(1);Rui Lopes de Carvalho(1);Mónica Dinis Mesquita(1);Sandra Alves Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: Múltiplas doenças podem favorecer o desenvolvimento de pancitopenia e as manifestações clínicas são variadas. Ocasionalmente, estão envolvidos múltiplos mecanismos em simultâneo.
Caso clínico: Homem de 75 anos, antecedentes de estenose aórtica grave, submetido a substituição por válvula biológica há 6 anos. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, palpitações, tonturas e dispneia para grandes esforços com 2 meses de evolução. Objetivamente, apresentava palidez cutânea e sopro sistólico aórtico grau II/VI. Analiticamente, hemoglobina 6,20 g/dl, leucócitos 920/uL, neutrófilos 200/Ul e plaquetas 34000/UI. Internado para estudo de pancitopenia. Ao terceiro dia de internamento apresentou neutropenia febril. Documentado em hemoculturas crescimento de streptococcus mitis/oralis, ecocardiograma transesofágico com evidência de vegetações na válvula aórtica e tomografia computadorizada cerebral a mostrar lesão intra-axial cerebelosa sugestiva de embolização séptica. Assumida endocardite infeciosa de válvula protésica complicada com embolização cerebral. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia, com evolução favorável. Paralelamente, manteve pancitopenia, com necessidade transfusional recorrente, inicialmente presumida por défice de vitamina B12 por baixo aporte nutricional, contudo, sem resposta à suplementação vitamínica e com displasia em esfregaço de sangue periférico, confirmada, posteriormente, em mielograma. A biópsia de medula óssea revelou alterações sugestivas de síndrome mielodisplásico, nomeadamente elementos celulares compatíveis com micromegacariócitos. Estudo compatível com pancitopenia secundária a síndrome mielodisplásico, atualmente sob sistematização e terapêutica de suporte.
Discussão: Este caso mostra a pluralidade de mecanismos que podem condicionar, simultaneamente, pancitopenia. Embora o processo infecioso agudo e o défice nutricional sejam causas prováveis, a marcha diagnóstica deve ser continuada para identificação de possível neoplasia hematológica associada. Salientamos, ainda, a necessidade de adotar uma visão holística do doente, baseada numa abordagem multissistémica do mesmo.

P n.º 1694

POLIÚRIA NO INTERNAMENTO – ABORDAGEM SISTEMÁTICA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

ANA CARVOEIRO(1);Patrícia Sobrosa(1);Rita Mota(1);Anita Cunha(1);Ana Raquel Afonso(1);Joana Couto(1);Alexandra Esteves(1);Paula Felgueiras(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A poliúria é um sintoma comum, mas muitas vezes desvalorizado nos doentes internados, sendo os diagnósticos diferenciais múltiplos e variados. CASO CLÍNICO: Homem 68 anos fumador (22UMA), com obesidade mórbida, SAOS e história de cirurgia a meningioma frontal direito. Diagnóstico recente de carcinoma epidermoide do pulmão em estadio IV, tendo recusado tratamento. Admitido por queixas de poliúria,disúria, febre e prostração com 3 dias evolução. Ao exame objetivo, a destacar palidez e edema discreto MIs. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e alterações do sedimento urinário, tendo sido assumida pielonefrite aguda e iniciada antibioterapia. Durante o internamento, notada poliúria, com diurese de 5L/dia associada a hipernatremia, osmolalidade sérica aumentada (322 mOsmol/kg), face à osmolalidade urinária (99mOsmol/kg). Atendendo a história de intervenção neurocirúrgica prévia por meningioma e a doente com possível metastização cerebral, colocada hipótese de Diabetes Insipidus (DI), pelo que realizou teste com desmopressina com resposta positiva, confirmando a suspeita diagnóstica de DI central. Iniciada desmopressina ev, com diminuição progressiva do débito urinário. Apesar do tratamento eficaz, doença neoplásica com evolução clínica desfavorável, tendo o doente falecido no internamento. DISCUSSÃO: A DI é uma síndrome caracterizado por poliúria, quase sempre associada a polidipsia, exigindo elevada suspeição diagnóstica. Realça-se a importância da abordagem sistemática da poliúria e do seu enquadramento na história médica pregressa do doente no diagnóstico desta condição rara.

P n.º 1698

Esófago negro: Uma apresentação atípica de uma condição rara.

Catarina Hilário(1);Rui Lopes de Carvalho(1);Ana Luísa Rodrigues(1);Sandra Alves Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças raras

Introdução: O esófago negro/necrose esofágica aguda (NEA) é um síndrome raro, caracterizado, endoscopicamente, por um aspeto negro difuso da mucosa esofágica, tipicamente no esófago distal. A sua incidência é superior em homens, idosos, desnutridos, com múltiplas comorbilidades. A sua etiologia é provavelmente multifatorial e a manifestação inicial mais comum é a hemorragia digestiva alta.
Caso clinico: Homem, 80 anos, antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e cardiopatia isquémica. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, perda ponderal (>10%), odinofagia, disfagia para sólidos e anorexia com mais de 3 meses de evolução. Objetivamente, apresentava sarcopenia (IMC 15,6), mucosas desidratadas e hipotensão arterial. Analiticamente com hemoglobina 13,3 g/dl, creatinina 2,7 mg/dl, ureia 261 mg/dl. Internado para continuação do estudo. A endoscopia digestiva alta mostrou ausência de epitélio e coloração escura da metade distal do esófago, compatível com NEA. Iniciou inibidor da bomba de protões e posteriormente, por manter recusa alimentar, colocou sonda nasogástrica para nutrição entérica. O doente apresentou melhoria das queixas, aumento do apetite e, inclusive, aumento do aporte alimentar via oral. Da investigação adicional destaca-se, na angiotomografia, hipercaptação mucosa do esófago distal, estômago e intestino delgado, sugestiva de hiperémia de revascularização, provavelmente secundária a isquemia, lesões líticas vertebrais e ilíacas. Por se tratar de um doente sem capacidade funcional para realização de tratamento sistémico, não se prosseguiu estudo etiológico, priorizando-se medidas de conforto.
Discussão: Apresentamos um caso de NEA com uma apresentação atípica. A NEA é uma condição ainda pouco esclarecida, frequentemente associada a prognóstico reservado, dependendo, sobretudo, das comorbilidades do doente. Neste caso, o doente apresentava vários fatores de risco, nomeadamente, ser homem, idoso, caquético e com provável doença oncológica metastizada. Assim, é necessário um alto índice de suspeição para o diagnóstico, sobretudo na ausência de manifestações típicas.

P n.º 1700
Linfoma de Burkitt: uma apresentação incomum
Dra. Débora Lopes(1);Ana Rita Cardoso(1);Alexandra Dias(1);Maria Aurora Duarte(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma de células B altamente agressivo pertencente ao grupo dos linfomas não-Hodgkin. É caracterizado pela translocação e desregulação do gene MYC do cromossoma 8. Estão descritas 3 formas de doença clinicamente distintas: endémica, esporádica e associada à imunodeficiência.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 48 anos, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares relevantes, admitida no Serviço de Medicina para estudo de quadro de lombalgia de características mecânicas com cerca de 3 semanas de evolução associada a astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. Do estudo complementar realizado destacava-se analiticamente anemia hipocrómica e normocítica, hipogamaglobulinémia, elevação da lactato desidrogenase, velocidade de sedimentação, D-dímeros, Proteina C reativa, Ferritina, Haptoglobina e CH50. Realizada TAC de crânio, tórax, abdómen e coluna sem alterações, nomeadamente qualquer massa sugestiva de malignidade. Realizada ainda citometria de fluxo sem alterações valorizáveis. Durante este período a doente apresentou parésia facial periférica, o que levou à realização de Ressonância magnética crânio-encefálica que mostrou lesão infiltrativa parietal esquerda. Realizado medulograma e biópsia aspirativa da medula óssea que permitiu fazer o diagnóstico de Linfoma de Burkitt de alto grau.
Conclusão: A forma não endémica do LB tem uma baixa incidência na Europa (2,2 casos em 1000 por ano), sendo mais comum em homens e doentes com idade inferior a 35 anos, ao contrário da doente em causa. A apresentação inicial mais comum é a abdominal, sendo a óssea, da medula óssea e do sistema nervoso central, apresentadas pelo doente, mais raras e de suspeição mais difícil, sendo complicações comuns de doença resistente ao tratamento. A ausência inicial de imagens de massas sugestivas de malignidade tornaram o diagnóstico mais desafiante, tornando-se apenas mais claro aquando do aparecimento da parésia facial periférica.

P n.º 1705

Síndrome Hemofagocítica Secundária – a propósito de um caso clínico

ANA CARVOEIRO(1);Ana Raquel Afonso(1);Patrícia Sobrosa(1);Rita Mota(1);Anita Cunha(1);Alexandra Esteves(1);Paula Felgueiras(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A síndrome hemofogocítica (SHF) corresponde a uma condição rara, relacionada com ativação imune excessiva, com prognóstico reservado. Pode ser primária, se existência de mutação subjacente, ou secundária quando ocorre num contexto de doenças infecciosas, neoplásicas, autoimunes ou metabólicas, que atuam como desencadeantes de processo imunopatológico. CASO CLÍNICO: Homem 61 anosc om antecedentes de HTA e SAOS. Por queixas de febre com 3 dias de evolução e otalgia direita, diagnosticado com otite externa, medicado com flucloxacilina. Passados 3 dias, por febre mantida, associada a astenia, náuseas e a perfil tensional hipotensivo, encaminhado ao SU. Do exame objetivo, destaca-se discurso lentificado, pressão arterial de 90/65mmHg e febre (39ºC). Sem alterações à otoscopia. Estudo analítico com pancitopenia (Hb 12.2g/dL, neutropenia de 700 e trombocitopenia de 52 000), com proteína C reativa de 7.16 mg/dL, LDH de 558U/L e ferritina de 2972ug/L, TGC de 255mg/dL.Sem alterações ao sedimento urinário ou à radiografia de tórax. Realizada TC abdominopélvico que mostrou adenopatias generalizadas e discreta esplenomegalia. Punção lombar excluiu meningoencefalite. Iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone. Do restante estudo, com serologias víricas e Igra negativo, sem isolamentos às hemoculturas, estudo imunológico sem alterações. Consideradas hipóteses diagnósticas prováveis pancitopenia associada a sépsis, doença hematológica primária ou SHF. Realizou biópsia medular que revelou lesões de eritrofagacitose, sem sinais de malignidade. Atendendo ao cumprimento de 5 dos 8 critérios exigidos, assumido diagnóstico de SHF secundária a processo infecioso. Evolução clínica favorável e recuperação hematológica até à data. DISCUSSÃO: Realça-se que o SHF cursa com sintomas inespecíficos, apresentando muitas características que se sobrepõem a outras causas de doença grave (sépsis, neoplasia hematológica), pelo que o seu diagnóstico exige elevado grau de suspeição.

P n.º 1712

Causa rara de dor abdominal!

Antonio Eliseu(1);Joana Simões(1);Barbara Lobão(1);Aissatu Cassama(1);José Villa de Brito(1);Ermelinda Pedroso(1);Mafalda Figueira(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O enfarte esplénico é uma causa rara de dor abdominal e associado à policitemia vera é infrequente. O enfarte esplénico pode ser assintomático, contudo pode apresentar-se com dor no quadrante abdominal superior esquerdo irradiada ao ombro homolateral associado a febre, leucocitose e LDH elevada.
Caso clínico: M, 63 anos, Antecedentes Pessoais: Sindrome Mieloproliferativo misto; Policitemia Vera JAK 2 (2006) e mielofibrose secundária (2014) e cardiopatia infiltrativa secundária. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal generalizada com irradiação para o ombro esquerdo com 24h de evolução e febre. Apresentava ao Exame Objectivo: abdómen globoso, massa palpável no hipocôndrio esquerdo de contornos de superfície regular, 5 cm abaixo do BIE, dolorosa. Analiticamente a destacar: Leuc: 22.3, Neut: 92%, Plaq: 685, LDH: 500, FA: 223, GGT: 128, PCR: 11.88 mg/dL. ASU: nitritos (+), leuco: 75. Foi colocada inicialmente a hipotese diagnóstica de ITU tendo realizado colheita de UC, HC e começou empiricamente Ceftriaxone. Tratando-se de uma doente com doença mieloproliferativa de base, dor no hipocôndrio esquerda incapacitante com irradiação para o ombro homolateral (sinal de Kehr), associada a febre e alterações laboratoriais, foi colocada a hipótese de enfarte esplénico. Para melhor esclarecimento realizou TC-AP: “moderada esplenomegalia (diâmetros crânio-caudal, ântero-posterior e transversal determinados em 17. 7 cm, 11. 1cm e 9. 6 cm, respectivamente), exibindo o parênquima esplénico mais externo, ecoestrutura heterogénea, estimada em 5 cm; líquido livre peri-esplénico e pequena quantidade de derrame pleural homolateral.” e Ecografia abdominal: “7 cm de maior extensão crânio-caudal e uma espessura de 2. 5 cm, que poderá corresponder, dada a sua topografia periférica, a zona de enfarte esplénico.” De acordo com Hematologia foi optimizada terapêutica analgésica e ajustada posologia da hidroxiureia.
Conclusão: O enfarte esplénico na Policitemia Vera é raro. Perante um quadro álgico abdominal localizado no hipocôndrio esquerdo com irradiação homolateral, febre, Leucocitose e LDH aumentada deve ser equacionada a hipótese de enfarte esplénico.

P n.º 1716

Hiperglicemia como Causa Rara de Hemicoreia

Patrícia Tinoco Araujo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Diogo Alves(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Pedro Correia(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução
Hemicoreia/hemibalismo consiste em movimentos unilaterais, involuntários, rápidos, não rítmicos, espasmódicos e não suprimíveis. Raramente é despoletada por descompensações metabólicas.
Caso Clínico
Mulher, 71 anos. Diabetes mellitus (DM) tipo 2 mal controlada (HbA1c 11.1%) sob dapagliflozina 10mg, sitagliptina 50mg, gliclazida 30mg e metformina 850mg. Trazida ao SU por comportamento desadequado, discurso incompreensível e movimentos estereotipados involuntários do membro superior (MS) direito. Exame físico: febre, taquicardia, agitação, discurso repetitivo e coprolalia, movimentos involuntários repetitivos, desorganizados do MS e membro inferior direito que cessaram temporariamente após midazolam. Análises: glicemia 355mg/dL, gasometria normal, PCR 15mg/dL e mioglobina 178ng/mL. Tomografia computorizada (TC) e angioTC-cerebral (CE): hiperdensidade dos núcleos da base à esquerda. PCR SARS-CoV-2 positiva. Punção lombar com saída de líquor tipo água de rocha: pleocitose (30 células com 93% neutrófilos), glicose e proteínas normais. Assumida infeção bacteriana do sistema nervoso central, não se tendo isolado agente. Cumpriu 14 dias de ampicilina e ceftriaxone, com melhoria do estado neurológico e características do líquor. Manteve movimentos coreiformes. Iniciou haloperidol e levetiracetam, no entanto apenas após controlo glicémico rigoroso e associação de tetrabenazida foi possível a resolução de hemicoreia. Ressonância magnética (RM) CE com hipersinal T1 do núcleo lenticulado esquerdo. Concluiu-se hemicoreia direita em provável contexto hiperglicémico. Orientada para consulta onde manteve controlo glicémico e terapêutica prescrita. Sem recorrência da coreia e RM-CE com resolução de hipersinal.
Discussão
Estados hiperglicémicos em doentes com DM mal controlada podem ser uma causa de hemicoreia/hemibalismo. Este diagnóstico foi apoiado pela presença de hipersinal/hiperdensidade em neuroimagem, típica, e que normalmente resolve após adequado controlo glicémico.

P n.º 1717

Acidente vascular cerebral isquémico recorrente – efeito rebound do ácido acetilsalicílico?

IVÁNIA FURTADO(1);Alexandra Montenegro(1);José Leão Mendes(1);Filipa Verdasca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A suspeita de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) impõe uma avaliação clínica rápida e eficaz, visando estabilização do doente, decisão terapêutica e minimização da lesão cerebral com consequente evicção de complicações a longo prazo. A presunção inicial do AVC subjaz a investigação etiológica do AVC.
Caso: Mulher de 57 anos, diabética e hipertensa. Concomitantemente, em investigação tumor do pâncreas com mestastização hepática múltipla. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de alteração da linguagem e da força à esquerda, com 2 horas de evolução. Objetivamente: hemiplegia direita, afasia global com mutismo, desvio conjugado da cabeça e olhar para esquerda - National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) 23. A Angio-Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (angioTC CE) mostrou oclusão da Artéria Cerebral Média (ACM) esquerda. Uma vez metastização hepática, contraindicada a fibrinólise, pelo que foi submetida a trombectomia com evolução favorável nos primeiros 3 dias após a intervenção. Iniciada antiagregação com Ácido Acetilsalicílico (AAS) nas primeiras 24-48 horas pós-trombectomia. O estudo complementar incluindo eco-Doppler dos vasos do pescoço e transcranianos, e ecocardiograma não determinou a causa aparente. Admitido AVC isquémico de causa indeterminada, provavelmente paraneoplásica. Durante o internamento, evolução para NIHSS 3. Tinha biópsia hepática agendada, pelo que suspendeu AAS no 5º precedente, de acordo com indicação cirúrgica. Não obstante, ao 3º dia de suspensão do fármaco, agravamento franco dos défices neurológicos com afasia global com mutismo, desvio oculocefálico para a esquerda, hemianópsia homónima direita, paresia facial central direita, hemiplegia e hipostesia direitas. A angioTC CE mostrou oclusão do mesmo segmento da ACM esquerda e lesão insular esquerda de novo. Realizada nova trombectomia aspirativa, porém sem recuperação dos défices neurológicos.
Discussão: A descontinuação do AAS pode seguir-se de um efeito rebound, no qual, devido a baixa concentração sanguínea deste fármaco, presencia-se uma maior reatividade plaquetária e um maior efeito pró-trombótico do que na fase inicial pré-introdução do AAS. Este caso reporta recorrência do AVC isquémico provavelmente secundária ao efeito rebound da suspensão temporária do AAS.

P n.º 1720

Microangiopatia trombótica paraneoplásica ou iatrogenia a gemcitabina?

IVÁNIA FURTADO(1);Alexandra Montenegro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) associada ao cancro pode ser secundária a própria doença ou mais comumente uma complicação da quimioterapia (QT). O quadro clínico cursa com anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e compromisso de órgãos. O principal mecanismo patológico subjacente é a lesão endotelial.
Caso: Mulher de 63 anos, com carcinoma do ovário metastizado, sob QT com gemcitabina. Inicia quadro com 15 dias de evolução de dor e edema dos membros inferiores (MIs) com limitação na marcha. À avaliação: edema Godet +++ bilateral dos MIs e dor intensa à palpação. Eco-Doppler dos MIs excluiu trombose venosa profunda. Internada para investigação do quadro. Apresentava esquisócitos no estudo laboratorial, pelo que foi iniciada marcha diagnóstica, sendo a MAT a principal suspeita diagnóstica. Analiticamente: plaquetas 53*10^9/L, hemoglobina 6.8g/dL (basal 8-9g/dL), VGM 82.2 fL, CHGM 34.2 g/L, RWD 19.9%, haptoglobina 0.07g/L, ferro 95ug/dL, saturação de transferrina 48.7%, sem défices vitamínicos, bilirrubina total 0.38mg/dL, lactato desidrogenase 551 U/L, creatinina 1.51mg/dL (basal 0.77mg/d), atividade ADAMTS13 0.89 UI/mL e serologias virais negativas incluindo para parvovírus. Com base na clínica e estudo laboratorial foram excluídas púrpura trombocitopénica trombótica e síndrome hemolítica urémica. A tomografia computorizada abdomino-pélvica (TC AP) não documentou esplenomegalia. Admitida como diagnóstico mais provável uma MAT iatrogénica pelo uso da gemcitabina. A doente realizou suporte transfusional e iniciou corticoterapia oral. Após discussão multidisciplinar, foi suspensa gemcitabina com recuperação da função medular, pese embora a manutenção da disfunção renal.
O edema dos MIs, uma vez excluída obstrução vascular/linfática por TC AP, foi atribuído a gemcitabina. A dor e limitação da marcha foram interpretadas como sobreinfeção bacteriana e iniciada antibioterapia com melhoria clínica.
Discussão: A MAT induzida pela QT é rara e exige alto grau de suspeição clínica. A gemcitabina é o agente da QT mais comumente associado a MAT. A sua suspensão resolve o quadro clínico, embora possa ocorrer danos irreversíveis. A maioria dos relatos de casos de MAT iatrogénica por uso de gemcitabina carece de evidências suficientes para uma associação causal definitiva.

P n.º 1722

Síndrome da Veia Cava Superior maligna – uma emergência em oncologia

IVÁNIA FURTADO(1);Alexandra Montenegro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior - SVCS é uma emergência oncológica e ocorre quando há obstrução parcial ou completa do fluxo sanguíneo na Veia Cava Superior - VCS. Esta obstrução é por invasão direta, por compressão extrínseca pela neoplasia ou por trombose. Os mecanismos podem coexistir.
Caso clínico: Mulher de 70 anos, com carcinoma pavimentocelular do pulmão submetido a quimiorradioterapia. Encontrava-se sob anticoagulação - AC terapêutica com edoxabano por SVCS com trombo intramural na VCS diagnosticado 2 meses antes da admissão no Serviço de Urgência - SU. Recorre ao SU por quadro de tumefação facial e cervical com 12 horas de evolução e cefaleia retrocular à direita. Objetivamente: eupneica, com edema cervical, palpebral e do membro superior esquerdo, e presença de circulação colateral torácica. Na gasimetria arterial hipoxemia - pO2 56% em ar ambiente. A angio-tomografia computorizada - angioTC do tórax mostrou lesão tumoral pulmonar de localização central no lobo superior direito em contiguidade com conglomerado adenopático latero-traqueal inferior direito a fazer compressão extrínseca da VCS. Coexistia ainda um trombo intramural na VCS com aumento das dimensões comparativamente à angioTC tórax nos 2 meses prévios. Não apresentava tromboembolismo pulmonar. Admitido síndrome mediastínico com agravamento da SVCS por compressão extrínseca pelo tumor e trombose intramural na VCS. Iniciada terapêutica com corticoide endovenoso e internada para orientação terapêutica e monitorização. No internamento foi submetida a recanalização vascular com colocação de stent na VCS com melhoria clínica. Quanto a doença oncológica, a doente foi proposta para início de nova linha terapêutica.
Discussão: A maioria dos casos da SVCS é maligna. A gravidade clínica depende do grau da oclusão vascular. O diagnóstico definitivo é imagiológico. O objetivo do tratamento é aliviar sintomas e tratar a causa subjacente. A abordagem primária inclui AC, corticoterapia sistémica, radioterapia ou quimioterapia. A maioria dos doentes não responde a anticoagulação isolada. O tratamento endovascular é terapêutica de eleição quando abordagem primária falha ou quando há progressão dos sintomas. Este caso relata agravamento clínico e imagiológico de uma SVCS ligeira inicialmente tratada apenas com anticoagulação oral.

P n.º 1724

Pericardite Aguda – A Propósito de um Desafio Clínico

Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A pericardite é uma causa comum de dor torácica e ocorre em contexto infecioso, neoplásico, metabólico, farmacológico ou por doença do tecido conjuntivo.
Caso Clínico
Homem, 59 anos. Fumador (44UMA). A 9/2021 recorreu ao SU com 4 dias de dor torácica retroesternal em aperto, sem irradiação, agravada com o decúbito dorsal; tosse seca, mal-estar generalizado, anorexia, hipersudorese noturna e dispneia em repouso. Apirético, sem insuficiência respiratória. À auscultação: crepitações bibasais, sem atrito pericárdico ou sopros. ECG: fibrilação auricular (FA), frequência cardíaca 130bpm, supraST em DII, DIII e V6, infraST em aVR. Anemia NN, VS 77mm, PCR 23.34mg/dL, mioglobina, troponina e BNP normais, ligeira citocolestase. Tomografia computorizada (TC) tórax: derrame pericárdico de moderado volume (15mm). Internado por pericardite aguda sob colchicina, anti-inflamatório (AINE) e iniciou hipocoagulação e bloqueador beta pela FA. Manteve febre (38ºC), queixas e parâmetros inflamatórios elevados tendo iniciado ceftriaxone. Do estudo: ferropenia; função tiroideia normal; hemoculturas, pesquisa de micobactérias, serologias víricas e zoonoses negativas; estudo imunológico negativo. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico e espessamento do pericárdio. Endoscopia alta e TC abdomino-pélvica sem alterações. Por agravamento da citocolestase realizou biópsia hepática sem alterações. Perante refratariedade à terapêutica, suspenso AINE e colchicina e iniciou prednisolona 60mg, com apirexia sustentada, melhoria clínica e analítica com resolução da anemia, derrame pericárdico e citocolestase. Orientado para consulta com recorrência dos sintomas e aumento dos parâmetros inflamatórios com desmame do corticóide, pelo que optado por redução lenta. Atualmente sob prednisolona 2,5mg, sem sintomas.
Discussão
Apesar de investigação etiológica exaustiva, a pericardite em 55% dos casos é idiopática, tornando o tratamento destes doentes mais limitado e desafiante.

P n.º 1732

Uma complicação rara de factores de risco comuns

Luís Miguel Pereira(1);Tatiana Oliveira(1);Natália Fernandes(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Outro

O espaço retroperitoneal (ERP) é altamente vascularizado. A hemorragia retroperitoneal espontânea (HRPE) é rara. A terapêutica antiagregante ou anticoagulante (AC) é um dos factores de risco para HRPE, bem como a idade avançada e o sexo feminino. Qualquer lesão que afecte o ERP ou os órgãos nele contidos pode causar HRPE.
A maior tendência para hemorragia de vasculatura senil ou patológica, com possível associação a episódios de trauma sem sequelas aparentes, é frequentemente minorada pelo doente hipocoagulado e profissionais de saúde.
Intervenção precoce a HRPE aguda cursa com dor aguda, hipotensão, e associa-se a elevada taxa de mortalidade.
Mulher de 82 anos com antecedentes de doença cerebrovascular, fibrilhação auricular anticoagulada com dabigatrano, hipertensão arterial e pulmonar, diabetes mellitus tipo 2 e anemia ferropénica.
Admitida por edema exuberante simétrico dos membros inferiores, cansaço para pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística nocturna com dois meses, admitindo-se insuficiência cardíaca inaugural. Por dor no membro inferior esquerdo foi excluída fractura e trombose venosa por meios complementares. Apresentou melhoria com terapêutica diurética.
Ao 10º dia, já sob internamento social, inicia edema flutuante do membro inferior esquerdo, dor abdominal com irradiação dorsal, hipotensão e queda de valor de hemoglobina. Realizou tomografia computorizada que evidenciou a hemorragia retroperitoneal activa. Revisão da anamnese apurou queda da própria altura 15 dias antes do internamento, com trauma lombo sagrado esquerdo. Apesar de suporte transfusional e embolização por arteriografia, doente evolui desfavoravelmente.
Realçamos a importância do diagnóstico atempado da HRPE que, sendo rara, apresenta uma população de risco sobreponível ao doente tipo de Medicina Interna, focando ainda a importância de factores de risco para hemorragia, como queda acidental, síncope e anticoagulação.

P n.º 1741

SÍNDROME DE PLATIPNEIA-ORTODEÓXICA – UM SUSPEITO INVULGAR

Mariana Estrela Santos(1);Mariana Baptista(1);Raquel Dias Moura(1);Janine Resende(1);Marta Barbedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
O Síndrome de Platipneia-ortodeóxica (SPO) é uma condição rara e caracteriza-se por dispneia e dessaturação arterial posicional (dessaturação em posição sentada e melhoria em decúbito). Em 2012 estavam descritos 188 casos, tornando o diagnóstico desafiante e demonstrando a necessidade de estar alerta para esta possibilidade.

Caso Clínico:
Mulher, 71 anos, com antecedentes de leucemia linfocítica crónica B, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade. Quadro com 2 dias de evolução de astenia e dispneia em repouso, agravada pelo esforço, sem ortopneia, dor torácica ou outra sintomatologia associada.
À admissão: bom estado geral, hemodinamicamente estável. Eupneica com cânula nasal a 3L e SpO2 95%. Auscultação pulmonar com crepitações bibasais audíveis. Restante exame objetivo inocente. Do estudo inicial: analiticamente sem sinais de infeção, Rx tórax com aumento do índice cardiotorácico, ECG e Angio TC torácico sem alterações de relevo. Assumida insuficiência respiratória tipo 1 de causa não esclarecida.
Ao longo do internamento necessidade crescente de oxigenoterapia e dessaturação em ortostatismo com melhoria em decúbito.
Excluídas causas alternativas como infeciosas, insuficiência cardíaca aguda, tromboembolismo venoso, bócio mergulhante, entre outras. Do estudo, a destacar ecocardiograma transesofágico com realização de teste com soro salino agitado, verificando-se passagem precoce de bolhas em quantidade abundante para a aurícula esquerda, confirmando a presença de shunt direito-esquerdo. Assumido diagnóstico de SPO consequência de shunt direito esquerdo por foramen ovale patente (FOP). Realizado encerramento do FOP sem intercorrências. À data de alta sem necessidade de oxigenoterapia suplementar e SpO2 96% tanto em ortostatismo como em decúbito. Orientada para consulta externa de Cardiologia e Medicina Interna.

Discussão e Conclusão:
O diagnóstico do SPO, além de raro e incomum, exige exclusão de causas alternativas tornando-se num desafio diagnóstico pelo que devemos estar alerta para a sua possibilidade perante uma insuficiência respiratória posicional.

P n.º 1744

Uma anemia de etiologia duvidosa

Pedro Fernandes Moura(1);Inês Albuquerque(1);Patrícia Rocha(1);Pedro Rodrigues(1);Sofia Teixeira(1);Pedro Neves(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 51 anos, com antecedentes de hemorroidectomia, metrorragias e anemia por défice de vitamina B12 (VB12) em 2004 que resolveu após suplementação. Referenciada a consulta de Medicina Interna por fadiga no contexto de anemia (Hb: 7.40 g/dL) macrocítica grave para estudo. Por se apresentar sintomática, previamente à consulta, recorreu ao SU tendo sido transfundida com 1U glóbulos rubros (GR), com bom recobro transfusional.
Apresentou melhoria considerável do seu estado geral após a transfusão, sendo que após 3 meses, apresentava Hb: 14,10 g/dL, ainda com macrocitose ligeira também observada em esfregaço periférico. Não apresentava alterações da cinética do ferro e VB12 254 pg/mL, e ácido fólico de 8.10 ng/mL. Foi reavaliada após 4 meses, tendo realizado estudos endoscópicos e novas análises. Apresentava-se novamente sintomática com fadiga e aftose oral, evidenciando-se reagravamento de anemia (Hb: 7.5 g/dL), hipoproliferativa, com esfregaço periférico a mostrar eritrócitos macrocíticos com marcada anisocitose, ovalócitos, esquizócitos, e neutrófilos hipersegmentados. Do estudo complementar, apresentava hiperferritinemia ligeira, VB12: 264 pg/mL, Ácido fólico: 5.10 ng/mL, VS: 2 mm/h, PCR: 0.21 mg/dL. Apresentava também LDH: 6859 UI/L, citólise de novo com TGO 132 UI/L e TGP: 96 U/L e hiperbilirrubinemia de 1.22 mg/dL (bilirrubina direta de 0.50 mg/dL). Estudos endoscópicos não apresentaram alterações, apresentando também PSOF negativas. Complementou estudo de auto-imunidade com anticorpos anti-fator intrínseco, transglutaminase e gliadina, todos negativos. Neste contexto, apesar de apresentar valores de vitaminas normais, iniciou suplementação com VB12 intramuscular semanal com grande melhoria clínica após um mês de terapêutica.
Este caso alerta para a possibilidade de défice de défice de VB12 em casos com clínica sugestiva, mas com valores analíticos normais. Isto pode dever-se ao facto de as reservas de VB12 se relacionarem apenas moderadamente com os seus valores séricos.

P n.º 1745

Abordagem a uma complicação grave de fertilização in vitro

Pedro Fernandes Moura(1);Inês Albuquerque(1);Eulália Antunes(2);Andreia Coutinho(1);Pedro Neves(1);Pedro Silveira(2);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão
(2) Hospital Braga

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A fertilização in vitro (FIV) é uma técnica comum de reprodução assistida, que pode levar à ocorrência síndrome de hiperestimulação ovárica (SHO), ocorrendo de forma ligeira em 33% dos casos, mas de forma grave em 0.2% dos casos. Este caso relata um SHO grave com necessidade de abordagem multidisciplinar.
Mulher de 34 anos, com antecedentes de FIV no início de 2022. Três meses após, realiza nova FIV, com estimulação por hCG, resultando numa colheita após 48 horas de 41 ovócitos. Aí, inicia clínica de dor e distensão abdominal. Nas 48 horas seguintes agrava o seu estado clínico apesar de terapêutica com cabergolina. Recorre a serviço de urgência onde realiza ecografia transvaginal que revela ovários com 20x17 cm bilateralmente, assim como líquido pélvico livre em quantidade moderada. Analiticamente com Htc: 44.7%; Leuc: 17100 células/uL, PCR: 30.20 mg/L, estradiol: 22135 pmol/L sem alterações da função renal ou perfil hepático. É internada, mas por desenvolvimento de oligúria nas 24 horas seguintes, é admitida em Unidade de nível 2 para vigilância. Aí realiza fluidoterapia com cristalóides com recuperação da função renal à custa de balanço hídrico acumulado de aproximadamente +8000 cc/48 horas. Nesse contexto, e pelo desenvolvimento de hipoalbuminemia (2.4g/dL), inicia tratamento com albumina endovenosa com melhoria significativa do quadro clínico (negativação de balanço hídrico e melhoria do estado geral). Ao longo do internamento foi excluído derrame pericárdico e pleural, pelo que doente teve alta ao fim de 5 dias de internamento, com Htc: 30.5%, Albumina: 4.0 g/dL, já sem leucocitose.
Este caso revela a importância da abordagem multidisciplinar na abordagem de uma complicação grave, rara, que pode ocorrer em doentes após FIV. Nestes casos, um estradiol elevado e a colheita de um elevado número de ovócitos são preditores de desenvolvimento de SHO grave. Neste contexto é importante garantir terapêutica de suporte adequada

P n.º 1758
Um efeito verdadeiramente adverso
Ana Carolina Martins(1);Marta Costa(1);Ana Catarina Lucas(1);Patrícia Carvalho(1);Arsénio Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Outro

Introdução: O metotrexato é um imunodepressor frequentemente utilizado no tratamento de patologias auto-imunes como a artrite reumatóide (AR) e o lúpus eritematoso sistémico (LES), em doses baixas e com duração prolongada. Com a maior frequência do seu uso, aumentam também os casos de efeitos adversos como as alterações gastrointestinais e, mais raramente, a nodulose secundária, cuja etiologia é ainda desconhecida.
Caso clínico: Mulher de 75 anos, com antecedentes de LES, medicada com metotrexato, hidroxicloroquina e prednisolona, referenciada para consulta de Medicina Interna em 2019 por lesões osteoblásticas vertebrais em TC do tórax confirmadas por cintigrafia do esqueleto. A PET excluiu outras lesões sugestivas de neoplasia. Em contexto da pandemia, perdeu seguimento, voltando à consulta em 2021. A TC-CTAP de reavaliação revelou nódulos pulmonares, hepáticos e lesões ósseas sugestivas de metástases. Também tinha pancitopenia grave de novo, com necessidade de transfusão. Foi internada para estudo de neoplasia primária. Fez PET que revelou extensa metastização pulmonar com linfangite carcinomatosa, hepática, supra-renal e óssea, com insuficiência respiratória grave. Realizadas 3 biópsias dos nódulos hepáticos sem alterações sugestivas de neoplasia. Dado o seu bom estado geral até então e duração prolongada do quadro, foi colocada hipótese de nodulose por metotrexato, sendo este suspenso. Houve regressão dos nódulos pulmonares e resolução da insuficiência respiratória e a PET de reavaliação aos 3 meses mostrou regressão quase total dos nódulos. Mantém suspensão do metotrexato, com melhoria progressiva.
Discussão: A nodulose é uma manifestação cutânea comum em doentes medicados com metotrexato, principalmente com AR. Existem, contudo, estudos que a associam a outras patologias, como o LES. O envolvimento de outros órgãos é menos comum. Assim, é extremamente importante a realização de uma anamnese detalhada, com especial atenção à medicação habitual do doente e aos seus efeitos adversos, mesmo os mais raros.

P n.º 1760

Ascite quilosa - um caso incomum

Ana Carolina Martins(1);Rita Coelho(1);Inês Jordão(1);Alice j. Marques(1);Tatiana Gonçalves(1);Ana Catarina Lucas(1);Arsénio Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A ascite quilosa é uma manifestação pouco comum que consiste na presença de líquido quiloso na cavidade peritoneal, seja por lesão ou por obstrução do sistema linfático. Encontra-se associada a cirrose, a processos neoplásicos e ainda a traumatismos e cirurgia abdominal. Na doença linfoproliferativa, a compressão linfática é a etiologia mais frequente.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 46 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu ao SU por aumento progressivo do perímetro abdominal, saciedade precoce e enfartamento, com cerca de um mês de evolução. Referia perda de peso embora não quantificada, sem outras queixas. Apresentava ascite volumosa, sob tensão. Analiticamente tinha elevação da PCR (15,51), sem alterações no hemograma e na restante bioquímica. Realizou paracentese diagnóstica com saída de líquido ascítico quiloso, com triglicerídeos de 3177mg/dL. A avaliação citológica apresentava predominância de células mononucleares e 22,76% de outras células. A TC abdominal revelou múltiplas adenopatias abdominais e um conglomerado adenopático retroperitoneal. Realizou biópsia guiada por TC da massa retroperitoneal. Tanto a imunofenotipagem do líquido peritoneal e como a da biópsia da massa retroperitoneal revelaram fenótipo sugestivo de linfoma folicular. Este diagnóstico foi confirmado pela histologia da massa retroperitoneal e pelo aspirado medular. Iniciou quimioterapia sob orientação da Hematologia e manteve seguimento em consulta
Discussão: O linfoma folicular é, dos linfomas Não-Hodgkin, o mais comum. A maioria dos doentes apresentam adenopatias indolores como único achado clínico, mantendo-se geralmente assintomáticos. Apenas 20% dos doentes apresentam sintomas B e ainda mais raramente ascite. A ascite quilosa é uma manifestação pouco frequente do linfoma folicular.

P n.º 1763

Um caso de tuberculose invulgar

Mariana Nunes(1);Natacha Mourão(1);Raquel Costeira(1);Cristiana Pinto(1);José Presa Ramos(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Tuberculose Renal é a 3ª causa mais comum de tuberculose extrapulmonar. Ocorre mais no sexo masculino e em co-infectados com VIH. Resulta de uma disseminação hematogénea a partir de um foco pulmonar primário, estimando-se que o período de latência entre a infeção pulmonar e o aparecimento dos primeiros sintomas urinários seja de 22 anos e apenas 36,5% dos doentes terão história de tuberculose ou evidência em exames imagiológicos.
Caso clínico: Homem, 66 anos, diabético, quisto cortical no rim esquerdo. Recorre ao serviço de urgência por prostração, anorexia, perda de peso e sensação de aumento do perímetro abdominal com 15 dias de evolução. Nos últimos 4 dias com febre intermitente, máximo 39ºC e ainda sudorese noturna. Negou tosse, diarreia, piúria e disúria. Do estudo analítico realizado salienta-se: aumento dos marcadores inflamatórios e exame sumário de urina sem alterações; VIH negativo. Realizou TAC abdominal: "massa renal cística esquerda circunscrita (13cm) compatível com nefroma cístico, associado a hidronefrose ligeira e atrofia parênquima renal". Já no internamento foi realizada drenagem e punção aspirativa do quisto com saída de material leitoso. Realizou punção aspirativa e drenagem. Foi enviada amostra para analise citológica e microbiológica com pesquisa de Bacilo de Koch. Foi isolado no pús: Escherichia coli e Mycobacterium Tuberculosis. Iniciou antibioterapia dirigida e antibacilares: Isoniazida; Pirazinamida, Etambutol e Rifampicina. Foi realizada broncofibroscopia que excluiu tuberculose pulmonar. Doente evoluiu favoravelmente. Previamente à alta repetiu TAC abdominal que mostrou diminuição significativa da massa cística.
Discussão: Trata-se de uma forma de tuberculose extrapulmonar localizada a um quisto renal já conhecido, num doente sem antecedentes de tuberculose e sem contactos de risco conhecidos. O doente ficou orientado para o Centro Diagnóstico Pulmonar para cumprimento de terapêutica antibacilar e Consulta de Medicina Interna.

P n.º 1768

Icterícia colestática como manifestação inicial de leucemia linfoblástica aguda

Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Marina Mendes(1);Carolina Ventura(1);Francisco Bento Soares(1);Mari Mesquita(1);Diana Pereira Anjos(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças hematológicas

A icterícia mucocutânea refere-se à coloração amarelada da pele e mucosas, resultante da acumulação de bilirrubina nos tecidos, podendo ter variadas etiologias e traduzir patologia de diferentes sistemas de órgãos.
Relata-se o caso de um homem de 72 anos, com antecedentes de dislipidemia e cardiopatia isquémica, que recorreu ao serviço de urgência (SU) por icterícia não pruriginosa, colúria e acolia, sem dor abdominal, com 3 dias de evolução e pico febril único uma semana antes da vinda ao SU. Ao exame objetivo, apresentava icterícia mucocutânea, sem outras alterações. Analiticamente, sem alterações no hemograma, hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 6,7 mg/dL, com bilirrubina direta 3,5 mg/dL), aumento das transamínases cerca de duas vezes o limite superior do normal, marcada colestase, desidrogenase lática normal e PCR 115 mg/L. Tomografia computorizada abdominopélvica sem alterações hepáticas ou obstrução das vias biliares e com discreta esplenomegalia, achados confirmados por ressonância magnética abdominal com CPRM. Durante o internamento, melhoria progressiva da disfunção hepática, mas surgimento de trombocitopenia, seguida de leucopenia e mais tarde pancitopenia, com presença de blastos no sangue periférico (SP). Imunofenotipagem SP revelou 11% de blastos da linhagem linfóide, com características fenotípicas compatíveis com Leucemia Linfoblástica Aguda B (LLA-B), seguidamente confirmada por imunofenotipagem medular (26% blastos de linhagem linfóide). O doente foi prontamente orientado por Hemato-Oncologia, tendo iniciado quimioterapia. Apesar de boa resposta inicial, apresentou recaída leucémica sem resposta ao tratamento, acabando por falecer 6 meses após o diagnóstico.
O envolvimento hepático como manifestação primária de LLA é raro e está, essencialmente, descrito em idade pediátrica. O rápido diagnóstico é essencial para a instituição do tratamento, embora a mortalidade nos indivíduos adultos, especialmente com idade mais avançada, seja muito elevada.

P n.º 1769
Neurolúpus

André Resendes Sousa(1);Filipa Moleiro(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Joana Alves Luís(1);João Carvalho(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica que pode afetar qualquer órgão, nomeadamente o sistema nervoso central (SNC). Cerca de um terço dos doentes com LES pode vir a apresentar sintomas neuropsiquiátricos. A inespecificidade desses sintomas torna difícil o diagnóstico de LES, principalmente quando são a manifestação inicial.
Uma mulher de 80 anos, diabética, hipertensa e dislipidémica recorreu à urgência por confusão mental e heteroagressividade, alucinações visuais e cefaleia occipital, com 3 dias de evolução. Encontrava-se febril, hemodinamicamente estável, em marcada agitação e com discurso pobre, sem sinais neurológicos focais, sinais meníngeos ou outras alterações ao exame objetivo.
Analiticamente: anemia normocítica/normocrómica, leucocitose 10.6x10^9/L, proteína C reativa 6.2 mg/dL, velocidade de sedimentação 140 mm/h, sem alterações da função hepática, iónicas, vitamínicas, VDRL ou da urina II. A tomografia computorizada e ressonância magnética cranioencefálicas não evidenciaram lesões vasculares, desmielinizantes ou neoplásicas. A punção lombar mostrou glicorráquia 93 mg/dL, proteinorráquia 99 mg/dL e leucócitos < 1.
Assumindo-se síndrome confusional agudo em possível contexto de meningoencefalite, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e aciclovir, após colheita de exames culturais que não isolaram nenhum agente, incluindo o exame microbiológico do líquido cefalorraquidiano.
Evoluiu com discreta melhoria do ponto de vista comportamental, mas mantendo-se febril, sem foco infeccioso evidente. Perante a ausência de melhoria com a antibioterapia, foi pedido estudo de autoimunidade que revelou positividade dos anticorpos ANA com titulação de 1/640, Anti-dsDNA 494.5 UI/mL, Anti-Centrómero B, Anti-Nucleosomas e Anti-Histonas, sem consumo de complemento.
Assim, assumiu-se LES com envolvimento do SNC. Iniciou corticoterapia com pulsos de metilprednisolona 500mg, durante 3 dias, altura que passou a realizar prednisolona na dose de 0.5mg/Kg/dia. Evoluiu favoravelmente com melhoria comportamental, resolução da febre e normalização dos parâmetros inflamatórios.
Com este caso pretende-se alertar para uma manifestação inicial não muito frequente de LES e o facto de a sua inespecificidade poder levar a confusão com outros diagnósticos.

P n.º 1770
Retorragias no jovem - uma causa rara
Marco Ferreira Fernandes(1);Bruno Freitas(1);Fausto Pinto(1);Inês Egídio(1);Catarina Faria(1);Ana Lynce(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
O adenocarcinoma mucinoso do recto representa 5-10% de todos os adenocarcinomas do recto, sendo o seu diagnóstico feito histologicamente perante a identificação de padrão mucinoso em mais de 50% do tumor. Está associado a pior prognóstico comparativamente a tumores não mucinosos da mesma região, principalmente devido ao estadio avançado aquando do diagnóstico.

CASO CLÍNICO
Homem de 19 anos, sem antecedentes de relevo, internado para estudo de retorragias abundantes com 2 meses de evolução. À observação foi objetivada massa com cerca de 3x4cm ao nível do canal anal, dura e dolorosa, que foi biopsada pela Cirurgia Geral. Apresentava anemia (Hb 2.4g/dL), microcítica (70.6 fL) e hipocrómica (116 g/L). A TC-tóraco-abdómino-pélvica realizada em internamento confirmou espessamento nodular/polipóide rectal hipercaptante com 16 x 13 mm e lesões ósseas ilíacas com reação periosteal em "raios de sol" sugestivas de metastização. Ao longo do internamento manteve quadro de retorragias com necessidade frequente de suporte transfusional, assim com dor refractária à terapêutica médica com paracetamol, metamizol, gabapentina, morfina e fentanil. Por manter dor e retorragias refratárias iniciou radioterapia paliativa, com melhoria da dor e diminuição da frequência de perdas hemáticas. Ao 20º dia de internamento, por queixas de diplopia e proptose ocular esquerda de novo realizou TC-crânioencefálica que revelou lesão ao nível da grande asa do esfenóide esquerda sugestiva de depósito secundário, estendendo-se ao compartimento intracraniano e à órbita ipsilaterais. Iniciou quimioterapia com C-FOLFIRI, acabando por falecer cerca de 10 dias depois.

CONCLUSÂO
O caso exposto demonstra uma causa rara de retorragias no doente jovem, cuja abordagem foi desafiante a nível paliativo pelo difícil controlo da dor e gestão do sofrimento/expectativas num doente tão jovem, evidenciando ainda uma metastização atípica (a nível esfenoidal com proptose ocular) com evolução fulminante, tendo sido crucial a discussão multidisciplinar do caso entre a Medicina Interna, Medicina Paliativa, Oncologia Médica, Cirurgia Geral e Psicologia Clínica.

P n.º 1772

Síndrome torácica aguda: um relato de caso

Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Marina Mendes(1);Carolina Ventura(1);Francisco Bento Soares(1);Diana Pereira Anjos(1);Mari Mesquita(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças hematológicas

As hemoglobinopatias são doenças genéticas que resultam numa redução quantitativa ou qualitativa da hemoglobina. A anemia falciforme é a mais comum e associa-se à hemólise e à vaso-oclusão. Várias complicações podem surgir no decorrer da evolução desta doença e uma das mais graves é a síndrome torácica aguda, caracterizada por febre e/ou sintomas respiratórios associados a infiltrado pulmonar de novo.
Os autores relatam o caso de uma mulher de 33 anos, melanodérmica, natural de Quénia, de férias em Portugal, e com anemia falciforme conhecida e estável, sem outros antecedentes ou medicação habitual. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por dor intensa e generalizada, mais marcada na região dorsal e membros inferiores, com 1h de evolução, sem fatores de alívio e com agravamento ao movimentar-se e na inspiração profunda, semelhante a episódios prévios de dor vaso-oclusiva. Analiticamente, apresentava anemia normocítica e normocrómica e esfregaço de sangue periférico compatível com doença de base, sem outras alterações. Radiografia torácica sem infiltrados. Foi internada para controlo álgico. Ao segundo dia, desenvolveu dor torácica súbita, associada a pico febril e dessaturação, sem instabilidade hemodinâmica. Analiticamente, com queda de 2g de hemoglobina, elevação de parâmetros inflamatórios e gasimetria com insuficiência respiratória hipoxémica ligeira (pO2/FiO2 297). Realizou angio-tomografia computorizada torácica que excluiu tromboembolismo, mas revelou densificação parenquimatosa pulmonar de novo. Assim, assumido diagnóstico de síndrome torácica aguda, pelo que iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Clavulanato 1,2g três vezes por dia e Azitromicina 500mg uma vez por dia, apresentando evolução favorável.
Apesar de rara nos países ocidentais, a sua prevalência tem vindo a aumentar com a globalização, pelo que se torna importante estar alerta para estas patologias, com tratamento e orientação específicos e que acarretam importante morbimortalidade.

P n.º 1778

Coexistência de vários tipos de taquicardia supraventricular paroxística

João Pedro Araújo(1);Joana Formiga Viegas(1);Ana Graça Bernardino(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A coexistência de vários tipos de taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) está provavelmente subvalorizada na prática clínica. O tipo mais frequente de TSVP é a taquicardia de reentrada nodal auriculoventricular (TRNAV). Esta na maioria dos casos é típica (lenta/rápida; condução elétrica anterógrada pela via nodal lenta; retrógrada pela rápida), sendo a atípica (rápida/lenta) pouco frequente. A dupla de TSVP mais frequente é a TRNAV / fibrilhação auricular (FA). A própria TRNAV pode induzir FA, mesmo em corações sem alterações estruturais; isto apesar da FA ocorrer maioritariamente em idosos com coração com alterações estruturais.
CASO CLÍNICO: Mulher, 78 anos, com hipertensão arterial e dislipidémia, internada por AVC isquémico manifestado por afasia de expressão e parésia do membro superior direito. No Serviço de Urgência teve episódio de FA com frequência cardíaca (FC) de ±153cpm. Fez bisoprolol 5mg e passou a ritmo sinusal (RS). Já no internamento teve episódio de taquicardia regular com QRS estreitos com FC 170cpm. Converteu a RS com adenosina, mas em segundos voltou a TSV. Apurado que 2 anos antes tinha sido diagnosticado distúrbio ansioso na sequência de episódios autolimitados de palpitações regulares, tendo um destes ocorrido em meio hospitalar e tendo feito adenosina; tinha ainda episódios de taquicardia assintomática. Fez Holter-ECG, com salvas de taquicardia regular com QRS estreitos e intervalo RP longo, sugestivos de taquicardia auricular versus TRNAV atípico. O facto de ter respondido à adenosina indicava doença do nódulo AV, logo, TRNAV. O ecocardiograma evidenciou VE com disfunção diastólica e AE ligeiramente dilatada.
DISCUSSÃO: A TRNAV ocorre maioritariamente em mulheres jovens sem cardiopatia estrutural, confundindo-se facilmente com distúrbio ansioso. Na TRNAV atípica, são típicos a ausência de onda P ou onda P pós QRS, onda P negativa nas derivações inferiores e intervalo RP longo, presente neste caso. A conversão da TSVP a RS com manobras de Valsalva ou adenosina indica doença do nódulo AV, permitindo nesta doente diagnosticar TRNAV. Realça-se que no caso presente a doente não é jovem, tem dilatação auricular e provavelmente tem TRNAV há mais de 2 anos. Questiona-se se a FA é 2ria à TRNAV ou à dilatação auricular, sendo que a resposta acarreta implicações terapêuticas.

P n.º 1782

Lesões cutâneas como chave para um diagnóstico

José Pereira de Sousa(1);Cristiano Gante(2);Mário Rodrigues(2);Rita Gameiro(2);Rita Prayce(2)
(1) CHL CENTRAL - STA MARTA (2) CHLC - H S José

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A reactivação do virus varicela zoster ocorre em cerca de 4% dos adultos, sendo mais frequente depois dos 50 e em doentes imunodeprimidos. A manifestação cutânea é a mais comum (“zona”) mas a que acarreta mais mortalidade é a que tem envolvimento do sistema nervoso central, nomeadamente sob a forma de meningite ou encefalite. A mortalidade chega a 15% em doentes imunocompetentes.

Mulher de 85 anos com história de obesidade e hipertensão arterial, é transportada ao serviço de urgência por quadro de febre e alteração do estado de consciência. À observação inicial destacava-se confusão mental, febre, lesões herpéticas localizadas na hemiface direita e diminuição generalizada de força. Dos exames complementares realça-se elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 54mg/dL, leucocitose 20,49x10^9/L), lesão renal aguda (ureia 66mg/dL, creatinina 2.14mg/dL) e rabdomiólise (CK 17571U/L). Admitida em unidade de cuidados intermédios para maior vigilância. Atendendo à sintomatologia e resultados analíticos, realizou punção lombar (PL), com PCR positiva para VZV, tendo iniciado terapêutica com aciclovir. Ao 4º dia de terapêutica dirigida com agravamento neurológico súbito (Glasgow Coma Scale 5), realizando electroencefalograma que confirmou estado de mal não convulsivo. Nesse sentido foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos e iniciou terapêutica anticomicial com levetiracetam e lacosamida. Apesar de terapêutica otimizada não houve recuperação do quadro, tendo a doente vindo a falecer.

A célere realização de PL e início de terapêutica com aciclovir é fulcral aquando da suspeita de um caso de encefalite a VZV, dada a elevada mortalidade. Relevamos a importância deste caso clínico pela sua gravidade e evolução fulminante apesar de terapêutica dirigida.

P n.º 1783

Polidipsia primária: uma causa de hiponatremia a não esquecer

Daniela Augusto(1);Mariana Esteves(1);Filipe Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hiponatremia define-se como a concentração sérica de sódio <135mEq/L. A abordagem etiológica inicial tem em conta a osmolalidade sérica e volemia. Dos diagnósticos diferenciais, a polidipsia primária caracteriza-se por um defeito central na regulação do mecanismo de sede, levando à sua estimulação contínua. Embora seja uma entidade rara, identifica-se facilmente pelo valor de osmolalidade urinária baixo.
Caso clínico: Mulher de 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia, obesidade, psoríase, hipotiroidismo e síndrome depressivo; medicada com enalapril, lercanidipina, levotiroxina e zotepina. Observada no serviço de urgência por mal-estar geral com anorexia, cefaleia holocraniana, letargia, confusão e parestesias. Ao exame objetivo, euvolemia clínica. Analiticamente, hiponatremia grave (103 mEq/L), osmolaridade sérica e urinária diminuídas, com excreção renal/extrarrenal de sódio apropriada. Excluídas disfunção tiroideia e suprarrenal, bem como lesões ocupantes de espaço craneoencefálicas. Revista a história clínica, menção a ingestão de >5L de água/dia, por xerostomia, provavelmente secundária a antipsicótico. Estabelecido diagnóstico de polidipsia primária, iniciou restrição hídrica livre, com correção de natremia.
Discussão: Dada a relevância desta alteração iónica na nossa prática clínica, devemos reconhecer todas as etiologias possíveis e os exames auxiliares de diagnóstico necessários para a sua identificação. Vimos, neste caso, a importância da osmolalidade urinária: o conhecimento do seu valor permitiu a rápida orientação diagnóstica de uma entidade rara. No entanto, a resposta que procuramos pode ser-nos dada com uma história clínica cuidada, que nunca deve ser obviada, mesmo em ambiente austero de urgência.

P n.º 1784

Abcesso da pele e a diabetes mellitus tipo 2

ANA ISABEL PAIVA SANTOS(1);Pedro Teixeira(1);Inês Almeida Pintor(1);Clara Pinto(1);João Faia(1);Miguel Martins(1);Maria José Moreira(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus é uma doença metabólica associada a um comprometimento total ou relativo da secreção de insulina, associada a vários graus de resistência periférica à insulina. Perante um doente insulinotratado, é fundamental a inspeção e palpação sistemática dos locais de injeção, bem como a educação quanto às técnicas adequadas de insulinoterapia.
CASO CLÍNICO: Homem de 56 anos. Observado em contexto de consulta externa de Medicina/Diabetes. Analiticamente, apresentava descompensação da diabetes mellitus tipo 2, com agravamento da hemoglobina glicada (11,3%). De terapêutica, o doente faria 40 unidades de insulina degludec, dulaglutido 1.5mg/0.5mL (com pouca adesão terapêutica) e dapagliflozina+metformina 5mg/1000mg. Ao exame objetivo, apresentava tumefação com sinais inflamatórios, na região infra-umbilical, local onde administrava as múltiplas injeções diárias de insulina. Nesse contexto, o doente foi internado para continuação de cuidados. Realizada drenagem com saída de 100mL de conteúdo purulento e com cheiro fétido. O exame bacteriológico isolou Streptococcus intermedius. Sendo o doente alérgico à penicilina, iniciou antibioterapia empírica com meropenem e, posteriormente, antibioterapia dirigida com clindamicina.
DISCUSSÃO: Perante uma descompensação da diabetes mellitus, mais do que propor uma nova terapêutica medicamentosa, é fundamental reeducar os doentes em relação a possíveis erros evitáveis, nomeadamente no armazenamento da insulina ou na sua administração – escolha do local e adequada rotação, realização de prega cutânea, escolha da agulha adequada e sua reutilização. Também é importante consciencializar o doente para estar atento relativamente às possíveis complicações da administração da insulina.

P n.º 1785

Anemia crónica na síndrome de ectasia vascular do antro gástrico: importância do estudo etiológico.

João Carvalho(1);André Resendes Sousa(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Rui Osório Valente(1);Joana Alves Luís(1);Helena Vitorino(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução:
A síndrome de ectasia vascular do antro gástrico (GAVE) é uma causa rara de hemorragia gastrointestinal aguda recorrente que pode ocorrer associada a doença hepática crónica (DHC).
Caso clínico:
Mulher de 72 anos, com história conhecida de hipertensão arterial, hipotiroidismo, dislipidemia e diagnóstico de GAVE em contexto de estudo de anemia com necessidade de fulguração de angiectasias, sem hábitos de consumo alcoólico de relevo ou doença hepática conhecida. Recorre ao serviço de urgência por cansaço para esforços mínimos com cerca de três meses de evolução e de agravamento progressivo sem outra sintomatologia acompanhante. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente com SpO2 96%, e com palidez mucocutânea. Realizadas análises que mostraram Hb 8.9g/dL VGM 87fL, CHGM 31g/dL, bilirrubina total 2.2mg/dL (conjugada 1.37mg/dL), AST 345UI/L e ALT 234UI/L, FA 225UI/L, GGT 262 UI/L, Albumina 1.9g/dL e INR 1.5. Adicionalmente, realizada ecografia abdominal, complementada por colagio-RM que mostrou fígado de dimensões aumentadas com proeminência relativa do lobo esquerdo sem dilatação das vias biliares e esplenomegalia ligeira e endoscopia digestiva alta onde se verificou antro do estômago com estrias de ectasias maculares (estômago em melancia). Do estudo etiológico complementar destacava-se Ac. Anti-nuclear (ANA) positivo (1:320), hipergamaglobulinemia e Ac. Anti-SLA positivo (restante estudo negativo). Realizada biópsia hepática que revelou fibrose septal (estádio 3) e lesões de hepatite de interface com atividade moderada. Assumido o diagnóstico de hepatite autoimune (HAI) tipo I (Score simplificado de HAI de 7) associada a GAVE, pelo que realizou laqueação endoscópica das angiectasias e iniciou terapêutica com prednisolona 30mg e Azatioprina 50mg, verificando-se posteriormente melhoria clínica e laboratorial com descida progressiva dos parâmetros de lesão hepática.
Conclusão
Embora a etiologia da GAVE permaneça desconhecida, estudos anteriores demonstraram uma associação importante desta síndrome com a DHC, podendo até cerca de 60% dos doentes apresentar cirrose no momento do diagnóstico. O caso clínico recorda a importância de excluir causas potencialmente reversíveis de DHC no doente com o diagnóstico de GAVE tais como a hepatite autoimune.

P n.º 1786
Dermatomiosite anti-TIF1-? positivo

Adriana Basílio(1);Ana Margarida Arantes Silva(1);Alexandra da Silva Ramalho Azevedo(1);Alice Fernandes Pinheiro(1);Glória Maria Maia Gonçalves(1);Sílvia Ferreira de Oliveira(1)
(1) CHMA - Hospital de Famalicão

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Dermatomiosite (DM) é uma rara miopatia inflamatória de etiologia desconhecida caracterizada por lesões cutâneas e envolvimento simétrico dos músculos proximais. A incidência global anual estimada encontra-se entre 1.9-77/1000000.

Resumo:
Doente gênero feminino com 55 anos recorreu ao SU por clínica, com cerca de um mês de evolução, dum rash eritematoso confluente e pruriginoso nos membros superiores e na área do decote no tórax, pápulas de gottron nas articulações metacarpofalângicas, edema da face mais exuberante na região peri-ocular associado a calor e rubor e referia ainda fraqueza muscular localizada à cintura escapular.
Do estudo analítico realizado destaca-se uma leucocitose de 14 630/uL com predomínio neutrofílico (86.1%), TGO 258UI/L, TGP 114 U/L, LDH 672UI/L, Mioglobina 2945 ng/mL e CK 8021 U/L. Por suspeita de dermatomiosite pediu-se o painel de anticorpos específicos da miosite com o resultado positivo para anti-TIF1-γ. O estudo eletromiográfico foi compatível com miopatia inflamatória com predomínio nos membros superiores e a nível proximal simétrica e de gravidade ligeira a moderada. A biópsia muscular realizada no músculo quadricípite femoral foi relatada como alterações sugestivas miopatia inflamatória do tipo dermatomiosite. Foi também excluída doença neoplásica.
Doente cumpriu esquema terapêutico com corticoterapia em altas doses tendo melhorado clinicamente (desaparecimento das lesões cutâneas e melhoria da fraqueza muscular) e analiticamente (decréscimo gradual de CK e mioglobina).
Atualmente, apresenta cuidados de fotoproteção, está medicada com fluticazona creme para as mãos e braços, tacrolimus pomada para rosto e pescoço, metotrexato e encontra-se em desmame progressivo de corticoterapia (prednisolona 15 mg id).
Discussão: Este caso esboça manifestações típicas duma dermatomiosite clássica. Todavia é importante conhecer a apresentação desta miopatia, de forma a oferecer o tratamento adequado para contribuir para um prognóstico mais favorável. Saliento ainda a importância dos anticorpos específicos de miosite como marcadores de gravidade e prognóstico, estando estes presentes em mais de 60% dos doentes com DM. O Ac Anti-TIF-γ regula a transcrição, supressão tumoral e reparação do DNA, estando a sua presença associada positivamente a malignidade.

P n.º 1788

Miopericardite aguda: etiologia única?

Daniela Augusto(1);Filipe Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A miopericardite aguda caracteriza-se por dor precordial, derrame e atrito pericárdico com menos de 2 semanas de evolução, associado a alterações eletrocardiográficas e elevação de marcadores de necrose miocárdica. O diagnóstico etiológico é extenso e desafiante. Apresentamos um caso incomum em que se discutem duas possíveis etiologias.
Caso clínico: Homem de 59 anos, tabagismo ativo, sem medicação habitual. Admitido no serviço de urgência por dor epigástrica súbita, opressiva, intensidade 8/10, sem irradiação, com agravamento à inspiração profunda, sem relação posicional, associada a dispneia para pequenos esforços. Eletrocardiograma com elevação côncava difusa do segmento ST. Analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios e marcadores de necrose miocárdica, sendo admitido por pericardite. Ecocardiograma fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e derrame pericárdico circunferencial de pequeno a moderado volume. Ressonância magnética corroborante: hipersinal difuso pericárdico e imagem de derrame. Estudo etiológico revelou hipotiroidismo primário e serologia sífilis positiva. Iniciado anti-inflamatório não-esteróide, colchicina, suplementação com levotiroxina e esquema de benzilpenicilina com resposta clínica e analítica.
Discussão: Devido ao curso relativamente benigno das causas comuns de pericardite e baixo rendimento grande parte dos exames auxiliares de diagnóstico, os esforços iniciais devem concentrar-se na exclusão de derrame pericárdico significativo/tamponamento e identificação de doentes nos quais uma avaliação mais abrangente deve ser realizada para excluir causas que requerem terapia específica, do qual este caso é exemplo. Embora hipotiroidismo seja a etiologia mais provável, não se pode excluir contributo da sífilis; sendo “a grande imitadora”, deve ser um diagnóstico diferencial sempre presente.

P n.º 1791

Pericardite aguda como causa de descompensação de insuficiência cardíaca

Daniela Augusto(1);Elisa Macedo Brás(1);Filipe Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) aguda é um dos principais motivos de internamento por doença cardiovascular na medicina interna. As principais causas de descompensação são a infeção, insuficiência ou incumprimento terapêutico. Contudo, as doenças do pericárdio, como a pericardite aguda, devem ser consideradas no estudo etiológico da causa de descompensação.
Caso clínico: Homem de 84 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica, IC isquémica com fração de ejeção do ventrículo esquerdo moderadamente reduzida e doença respiratória crónica. Admitido no serviço de urgência por dor torácica retroesternal, súbita em repouso, intensidade 7/10, sem irradiação, fatores de alívio ou agravamento, associada a dispneia, náuseas e febre. Ao exame objetivo, destaque para crepitações inspiratórias bibasais, sem atrito audível à auscultação e refluxo hepatojugular ligeiro a 45º. Do estudo efetuado, eletrocardiograma com evidência de elevação côncava do segmento ST, análises com aumento dos parâmetros inflamatórios, agravamento da função renal, sem elevação dos marcadores de necrose miocárdica. Radiografia torácica com cardiomegalia e derrame pleural. Ecocardiografia a revelar derrame pericárdico de pequeno volume nas cavidades esquerdas. Admitido por IC descompensada por provável pericardite aguda; iniciou terapêutica com prednisolona e colquicina (contraindicação para anti-inflamatório não esteroide) além de diurético de ansa endovenoso. Resposta clínica e analítica favoráveis com compensação da IC e resolução do derrame.
Discussão: Os fatores específicos que precipitam a descompensação e necessidade de internamento por IC são desconhecidos em 40 a 50% dos casos. Com este caso pretendemos demonstrar a relevância de pensar que causas menos comuns, como a pericardite aguda, devem ser sempre tidas em consideração quando excluídas principais etiologias.

P n.º 1794

Endocardite infeciosa em doente portador de pacemaker

Beatriz Ribeiro(1);Fábia Cruz, Mafalda Neves, Catarina Forra, Rui Parente, Pedro Leite Vieira, Rui Isidoro, Sara Sintra, Alexandre Louro, Paula Paiva, Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
Endocardite infeciosa em portadores de pacemaker (PM) tem sido reportada de forma esporádica, no entanto deve-se ter em conta o risco que a presença de um corpo estranho intracardíaco representa.

Caso clínico:
Doente do sexo masculino, de 78 anos de idade, recorre ao Serviço de Urgência por quadro arrastado de febre, tosse com expetoração mucosa e astenia, com cerca de 1 mês de evolução.
Dos antecedentes pessoais destaca-se ser portador de PM, com última substituição há 4 meses, e alergia à penicilina.
Exame objetivo sem alterações e analiticamente ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios, ficando internado no Serviço de Medicina Interna. Do estudo complementar destacam-se 2 hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus multissensível, instituindo-se trimetropim + sulfametoxazol. Realizado também ecocardiograma transtorácico sem evidência de vegetações e tomografia computorizada sem alterações de relevo.
Após 2 dias em apirexia teve alta.
Ao 8º dia pós alta, houve reaparecimento da febre que motivou reinternamento, colocando-se a hipótese diagnóstica de endocardite infecciosa.
Ecocardiograma transtorácico com imagem ecodensa fina apensa ao folheto direito da válvula aórtica, confirmando-se por ecocardiograma transesofágico a presença de imagem sugestiva de vegetação nas válvulas aórtica e tricúspide, bem como imagem filamentosa aderente ao eletrocateter.
Colheu 3 hemoculturas positivas para Staphylococcus aureus sensível à meticilina.
Instituída vancomicina com apirexia a partir do 7º dia. Repete ecocardiograma transesofágico às 4 semanas com desaparecimento das vegetações.
Por questões logísticas, a substituição do dispositivo só foi possível após a alta.
Discussão:
O diagnóstico de endocardite implica um elevado grau de suspeição, pelos seus sintomas inespecíficos e evolução de carater indolente, servindo este caso para reforçar a necessidade de manter este diagnóstico em mente, principalmente em casos de febre sem foco identificado.

P n.º 1796

Coma hipoglicémico recorrente: o culpado habitual, uma abordagem particular

Mariana s. r. Costa(1);Sofia Moura de Azevedo(1);Sofia Fontes Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hipoglicemia é uma complicação frequente associada ao uso de sulfonilureias. Apesar de recomendações recentes, estes fármacos são ainda muito usados no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 pelo seu baixo custo e razoável tolerância. No entanto, as crises hipoglicémicas profundas associadas a glibenclamida não são comuns e constituem uma situação potencialmente fatal. O uso de octreótido foi reportado como terapêutica eficaz nalguns destes casos.
Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 85 anos, hipertensa e diabética tipo 2 não insulinotratada, medicada cronicamente com glibenclamida, que foi trazida ao serviço de urgência (SU) após ter sido encontrada inconsciente, sem resposta verbal ou à dor. No pré-hospitalar, objetivada hipoglicemia de 48mg/dL. Nas primeiras horas desde a admissão apresentou uma resposta parca à glicose parentérica, entrando recorrentemente em coma hipoglicémico (valores mínimos de 20mg/dL), alguns minutos após administração de dextrose a 20%. Interpretada como crise hipoglicémica profunda associada a glibenclamida. Pela dificuldade em manter normoglicemias apesar das várias tentativas de otimização da perfusão com glicose, cerca de 18 horas após a entrada no SU iniciou octreótido (50µg a cada seis horas), tendo sido atingida normoglicemia sustentada e vigília preservada.
Discussão: As crises hipoglicémicas profundas associadas a glibenclamida podem persistir até 48 horas e apresentar refratariedade à administração de glicose parentérica. Assim, a sua deteção é de suma importância e uma vigilância prolongada impõe-se, dado que uma alta clínica precoce pode ser fatal. A administração de octreótido pode ser útil nestes casos, contribuindo para uma estabilidade glicémica por períodos mais prolongados. O uso de sulfonilureias na prática clínica deve ser cuidadosamente ponderado, tendo em conta os efeitos adversos a elas associados, sobretudo na população mais idosa.

P n.º 1801

Um caso de intoxicação por óxido nitroso (“gás hilariante”)

Joana Correia Lopes(1);Augusto Rachão(1);Teresa Nunes(1);Pedro Pereira(1);Fábio Carneiro(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O óxido nitroso (ON) é um gás utilizado em contexto médico pela anestesiologia, mas cujo uso como droga recreativa tem ganho popularidade entre os jovens portugueses, sendo conhecido como “gás hilariante”.
Caso Clínico: Homem, 22 anos, sem patologias conhecidas ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por alterações da marcha com uma semana de evolução. Ao exame neurológico apresentava envolvimento tetrapendicular de todas as modalidades sensitivas, de predomínio distal, bilateral e simétrico, com nível sensitivo dorsal e hiporreflexia, sem atingimento motor. Marcha possível com apoio bilateral. Quando questionado, o jovem referiu consumo recreativo regular de ON, tendo sido o último consumo nos 3 dias prévios ao internamento. A ressonância magnética medular revelou subtil hipersinal T2 medular posterior em C5-C6. Os potenciais evocados somatosensitivos mostraram padrão compatível com disfunção cordonal. A avaliação analítica evidenciou vitamina B12 no limite inferior da normalidade com hiperhomocisteinémia (>20 µmol/L). Estabeleceu-se o diagnóstico de mielopatia secundária ao ON. Foi administrada vitamina B12 intra-muscular durante 7 dias com melhoria parcial dos défices.
Discussão: A intoxicação por ON em contexto recreativo apresenta incidência crescente. As manifestações neurológicas são as mais frequentes, nomeadamente mielopatia, neuropatia ou mieloneuropatia. O mecanismo fisiopatológico não está totalmente esclarecido, mas pensa-se que esteja relacionado com o papel da vitamina B12 no metabolismo da metionina, essencial na produção de mielina. O ON interage com a vitamina B12 e inibe a metionina sintetase, gerando acumulação dos metabolitos a jusante, nomeadamente a homocisteína. O tratamento envolve a abstinência de consumo e suplementação com vitamina B12. Os défices neurológicos podem não ser totalmente reversíveis e gerar incapacidade permanente.

P n.º 1805

Policitémia Vera como entidade associada a alteração do estado de consciência

ANA ISABEL PAIVA SANTOS(1);Inês Almeida Pintor(1);Pedro Teixeira(1);Clara Pinto(1);Miguel Martins(1);João Faia(1);Maria José Moreira(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A policitemia vera (PV) é uma neoplasia mieloproliferativa crónica, caracterizada pela proliferação clonal de células mielóides com maturidade morfológica variável; envolve o aumento da produção de todos os tipos de células sanguíneas: glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas. Clínica e laboratorialmente, devemos considerar este diagnóstico se estivermos perante leucocitose ou trombocitose persistentes, microcitose secundária a défice de ferro, esplenomegalia, prurido aquagénico, trombocitose e eritromelalgia.
CASO CLÍNICO: Homem de 83 anos trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência (AEC), associado a paresia facial esquerda e disartria, com hemiparesia à esquerda. De antecedentes pessoais, releva-se o diagnóstico de PV em doente com escassa adesão terapêutica. No estudo analítico inicial, o doente apresentava hemoglobina 19.6g/dL e hematócrito de 57,3%. Realizou tomografia computarizada cranio-encefálica que evidenciou enfartes lacunares nas coroas radiadas, regiões estriatocapsulares e na protuberância. O doente foi internado para estudo complementar, com realização de eco-doppler dos vasos do pescoço, sem alterações. Como intercorrências, denota-se a neutropenia secundária a citorredução com hidroxiureia, complicada de choque sético associado a infeção nosocomial por SARS-CoV-2 com COVID-19 moderada. Nesta circunstância, assumiu-se que a etiologia mais provável da AEC seria a hiperviscosidade secundária a PV não controlada. O doente evoluiu desfavoravelmente, com o seu óbito a decorrer ainda durante o período de internamento.
DISCUSSÃO: Os eventos tromboembólicos são a principal causa de morbilidade e mortalidade na PV, sendo que a idade avançada é preditor de risco tromboembólico na PV.

P n.º 1811

Uma causa incomum de Hemorragia Digestiva Alta no Adulto Jov

Sonia Alexandra Ramos Reis Santos(1);Ângela Domingues(1);Cláudio Rodrigues(1);Dora Gomes(1);Paula Sousa(1);Sara Catarino(1);Nelson Domingues(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A hemorragia digestiva alta representa um diagnóstico prevalente nos Serviços de Urgência constituindo uma fonte importante de morbimortalidade. A úlcera péptica, varizes esofágicas e a esofagite erosiva constituem as principais etiologias cujo diagnóstico e tratamento são preferencialmente realizados por via endoscópica.
Caso Clínico: Homem de 32 anos. Antecedentes Pessoais de Insuficiência Venosa Crónica submetido a cirurgia varicosa na semana anterior à admissão em SU, sob tratamento com enoxaparina e AINE. Admitido em SU por quadro de epigastralgia, hematemeses e melenas com evolução de 2h. Ao exame objetivo com palidez generalizada associada a hipotensão (TAS 90mmHg) e taquicardia. Ao toque retal com evidência de hematoquézia. Desviado para a Sala de Emergência para monitorização, fluidoterapia intensiva e perfusão de IBP. Sem tolerância para a colocação de SNG. Feita EDA sob sedação profunda no Bloco Operatório: sem evidência de hemorragia ou lesões ulcerativas a nível esofágico, gástrico e duodenal. A progressão do endoscópio a nível jejunal revelou a existência de GIST jejunal, com hemorragia ativa, não passível de controlo endoscópico. Chamada equipa de Cirurgia Geral tendo sido realizada enterectomia segmentar da primeira ansa jejunal. O estudo histológico confirmou a suspeita endoscópica. Alta orientado para a consulta de Cirurgia para estadiamento da doença e orientação posterior.
Conclusão: Os tumores GIST representam a neoplasia mesenquimatosa mais comum no tubo digestivo, sendo incomuns em idades jovens. É fundamental o seu correto estadiamento e identificação de fatores de risco como a localização primária, tamanho do tumor e índice mitótico com vista a avaliar o risco de recorrência das lesões e definir a melhor estratégia terapêutica.

P n.º 1814

"O que me dizem os teus olhos?": a propósito de um caso clínico de ptose palpebral

Sonia Alexandra Ramos Reis Santos(1);Ana Inês Martins(2);João Lemos(2);Professora Dra. Isabel Santana(1);Nelson Domingues(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A blefaroptose traduz o desnivelamento palpebral como resultado de uma anomalia congénita ou disfunção adquirida da musculatura palpebral, podendo ser particularmente impactante nas atividades de vida diária pela potencial diminuição da acuidade visual. A correta intervenção terapêutica é função da etiologia da ptose, devendo considerar-se a paralisia do nervo oculomotor, o Síndrome de Horner e a Miastenia Gravis no diagnóstico diferencial.
Caso Clínico: Mulher de 46 anos, autónoma. Encaminhada do Médico Assistente à Consulta de Neurologia por quadro de ptose palpebral esquerda associada a cervicalgia ipsilateral com um ano de evolução. Ao exame objetivo comprovadas ptose e miose esquerdas, sem alteração na acuidade visual, campimetria, discromatópsia ou DPRA. Atendendo ao exame objetivo e as queixas de cervicalgia foi iniciado estudo complementar etiológico do Síndrome de Horner. Na RMN e Angio-TC cervicais foram evidentes alterações degenerativas osteoarticulares, porém sem evidente alteração da estrutura e permeabilidade dos trajetos vasculares. Na reavaliação clínica da doente, a condição clínica e o exame neurológico estavam estabilizados, sendo evidente uma heterocromia da íris com favorecimento do diagnóstico de Síndrome de Horner congénito. Atendendo ao impacto da ptose na vida da doente foi feita referenciação a consulta de oculoplástica.
Conclusão: O Síndrome de Horner caracteriza-se pela tríade característica de ptose, miose ténue e anidrose, podendo ser provocada por qualquer lesão ao nível da cadeia neuronal oculossimpática com origem no hipotálamo, responsável pela inervação da face e regiões ocular e cervical. Os sintomas associados são determinantes no estudo etiológico com particular destaque para a cervicalgia que poderá sugerir uma disseção da artéria carótida interna. Nos casos congénitos (70%), a ptose e anisocoria são acompanhadas pela heterocromia da íris na medida em que a sua coloração é função do controlo simpático nos primeiros meses de vida.

P n.º 1821

Infeção por VIH-1: uma causa menos frequente de miocardiopatia dilatada

Mariana Dias(1);Ana Melício(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1) pode apresentar-se como uma síndrome mononucleose-like com uma variedade de sintomas inespecíficos. Sem elevado índice de suspeição, o diagnóstico pode ficar comprometido. A cardiomiopatia associada ao VIH-1 é uma sequela conhecida e bem estudada. Apesar do advento da terapêutica antirretroviral, estes doentes mantêm um relevante risco de cardiomiopatia e insuficiência cardíaca. No entanto, em vez de uma deterioração rapidamente progressiva da função cardíaca assiste-se a um processo crónico decorrente da inflamação e desregulação imune persistente.
Apresenta-se o caso de um homem de 55 anos, autónomo, que recorreu ao SU por edema simétrico dos membros inferiores de agravamento progressivo, dispneia para mínimos esforços e toracalgia. Apresentava-se emagrecido, febril, taquicárdico em anasarca com edema mole bilateral dos membros inferiores e poliadenopatias cervicais, supraclaviculares e axilares, móveis e indolores. Auscultação pulmonar sugestiva de estase bibasal. Hepatomegália dolorosa com refluxo hepato-jugular presente. O ecocardiograma transtorácico revelou miocardiopatia dilatada com fração de ejeção reduzida (32%). Na sua avaliação detetou-se serologia positiva para VIH-1 com carga viral de 4.270.000 cópias (log 6.63) e linfócitos T CD4+ 69 células/UL. Assumiu-se diagnóstico de miocardiopatia dilatada associada a infeção por VIH-1 (estádio CDC 3).
Atualmente, apesar de menos frequente nos países desenvolvidos, a etiologia infecciosa como causa de insuficiência cardíaca não deve ser esquecida já que, em alguns casos, o tratamento adequado da patologia subjacente permite travar a deterioração da função cardíaca. Sendo assim, apesar da doença arterial coronária ser a causa mais frequente de miocardiopatia dilatada recomenda-se a exclusão de outras causas menos frequentes como infecções, toxinas, distúrbios metabólicos, doenças genéticas ou do tecido conjuntivo, entre outras.

P n.º 1822

A Importância da Suspeita de Arterite de Células Gigantes

Patrícia Tinoco Araújo(1);Isabel Tarrio(1);Carlos Rego Gonçalves(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
A arterite de células gigantes (ACG), também designada de arterite temporal, é a vasculite sistémica mais comum. Raramente ocorre em doentes com menos de 50 anos, sendo o pico de incidência na 7ª década de vida.
Caso Clínico
Doente do sexo masculino, com 74 anos. Recorre ao SU por cefaleia holocraneana, em aperto, febre de predomínio vespertino, diminuição bilateral da acuidade visual, hipersudorese e perda ponderal com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo emagrecido, febril, com mucosas descoradas e artérias temporais ingurgitadas e endurecidas, não dolorosas. Analiticamente com anemia discreta (Hb 11.4g/dL), VS 40mm, PCR 20.24mg/dL, ferropenia. Esfregaço sanguíneo periférico sem alterações de relevo; sem défices vitamínicos. TC cranioencefálico sem alterações. Mais tarde, VS 100mm. É avaliado por oftalmologia que exclui neuropatia óptica.
Perante hipótese de ACG realiza Ecodoppler das artérias temporais que revela proeminência das artérias com evidência de halo hipoecogénico e no dia seguinte biópsia (bx) da artéria temporal, iniciando de imediato corticoterapia, com melhoria clínica evidente.
A bx da artéria temporal revelou espessamento parietal, fibrose da camada íntima, envolvimento transmural por infiltrado linfohistiocitário com frequentes células gigantes multinucleadas, confirmando o diagnóstico.
Discussão
O diagnóstico de ACG deve ser ponderado perante cefaleia de novo ou de características diferentes (presente em 2/3 dos doentes); alterações visuais súbitas, principalmente se monoculares (necessidade de avaliação urgente por oftalmologia pelo risco de cegueira); claudicação da mandíbula; febre, anemia e sintomas constitucionais inexplicáveis; VS ou PCR elevada. Nestes casos, deve ser realizado ecodoppler das artérias temporais e respetiva bx o mais breve possível se suspeita persistir, uma vez que a confirmação condiciona a terapêutica e a evolução clínica.

P n.º 1824

Insuficiência suprarrenal primária – uma causa de choque pouco frequente

Sérgio Madureira(1);Mariana Matos(1);Carolina Monteiro(1);Paula Oliveira(1);Inês Vilas Boas(1);Inês Albuquerque(1);Isabel Camões(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A insuficiência supra-renal aguda é um distúrbio raro que se associa a elevada morbi-mortalidade caso o diagnóstico não seja reconhecido e o tratamento não seja iniciado precocemente.
Caso clínico: Homem de 60 anos referenciado pelo médico assistente ao serviço de urgência por apresentar hipercalemia grave em análises realizadas em ambulatório. Não estava medicado com fármacos hipercalemiantes e apresentava desde há 3 meses astenia, perda ponderal e lipotimia relacionada com o ortostatismo, tendo tido dois episódios de queda nesse contexto. Concomitantemente referia adinamia, redução da líbido, disfunção erétil e humor deprimido. À admissão apresentava-se confuso, a pressão arterial era de 60/40mmHg e a frequência cardíaca de 100bpm, não tinha febre. Constatada hiperpigmentação cutânea e da mucosa oral. Analiticamente apresentava hiperlactacidemia, linfocitose relativa, eosinofilia, lesão renal aguda com hipercalemia (7.3mEq/L) e hiponatremia (120mEq/L). Admitida a possibilidade de Insuficiência Suprarrenal aguda e administrada dose de carga de hidrocortisona e colhidos doseamentos hormonais que confirmaram o diagnóstico de insuficiência suprarrenal primária (Cortisol 3.3mcg/dL; ACTH 600ng/L; DHEA-S 17.6mcg/dL) tendo mantido reposição hormonal com hidrocortisona e expansão volémica com rápida melhoria clínica e correção dos distúrbios iónicos e da função renal, permitindo transição para suplementação oral ao 2º dia de internamento. Realizou TC das suprarrenais que mostrou adenomas simples bilaterais e excluiu sinais de hemorragia, calcificações ou infiltração neoplásica. Serologias víricas pesquisadas foram negativas. Foi referenciado para seguimento e conclusão do estudo etiológico em consulta de endocrinologia.
Discussão: O diagnóstico precoce da doença de Addison é fundamental para o sucesso do tratamento. Os sintomas apresentados são inespecíficos e podem variar desde sintomas subclínicos com anos de evolução até a deterioração súbita da função suprarrenal com choque associado como no caso apresentado. Assim, é necessário um elevado nível de suspeição para levantar esta hipótese diagnóstica e o tratamento deve ser iniciado imediatamente quando existir essa suspeita, não devendo aguardar pela confirmação laboratorial.

P n.º 1825
Uma apresentação atípica
Maria Pacheco(1);Ana Rita Araujo(2);Rita Costa(2);João Campos Cunha(2);Ricardo Pinho(2)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Guillian Barré (SGB) é uma polineuropatia inflamatória aguda com características heterógenas, apresentando variantes com clinica distinta. Na sua maioria caracteriza-se por fraqueza muscular simétrica progressiva e ausência dos reflexos osteotendinosos (ROT). O diagnóstico é clinico, ainda que seja necessária a realização de exames complementares para confirmação e exclusão de outras causas
Doente de 58 anos, autónomo, com doença de Crohn sob sulfasalazina. Recorre ao SU por um quadro de disfagia e diminuição global da força muscular com dois dias de evolução. Ao exame neurológico apresenta disartria moderada, disfonia, disfagia, diminuição da força muscular proximal dos quatro membros, com FM grau 4. ROTs presentes e simétricos; Analítica e imagiologicamente sem alterações. Apresenta rápido agravamento clínico, com falência respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Em regime de internamento realiza punção lombar: discreta proteinorraquia sem pleocitose, colheu anticorpos anti-AchR e anti-Musk, anti-gangliosideo, que foram negativos. Serologias viricas negativas. Realiza electromiografia, compatível com Polineuropatia Axonal Motora, de evolução aguda, sem sinais de desmielinização. Inicia ciclo de 5 dias de Imunoglobulinas sem melhoria a curto prazo, condicionando a necessidade de realizar traqueostomia. Inicia plano de reabilitação motora, com melhoria funcional progressiva, tendo alta hospitalar ao fim de 56 dias de internamento. Os autores apresentam um caso de SGB - variante axonal motora com envolvimento predominante bulbar e respiratório. As formas axonais representam na sua maioria uma evolução clinica mais rápida e de maior gravidade, com mais tempo de internamento. A identificação precoce e início atempado de tratamento de suporte, nomeadamente ventilatório e da disfunção autonómica, são de vital importância para o desfecho favorável desta patologia.

P n.º 1826

Anemia Perniciosa: Diagnóstico Pouco Habitual num Doente Jovem

Patrícia Tinoco Araújo(1);Isabel Tarrio(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A anemia perniciosa (AP) é uma doença autoimune caracterizada pela presença de anemia macrocítica, que decorre de défice de vitamina B12/cobalamina, por sua vez provocado pela ausência de fator intrínseco, produzido pelas células parietais gástricas e responsável pela sua absorção no íleo. Apesar de rara, representa a causa mais comum de défice de vitamina B12, sendo mais frequente acima dos 60 anos e na raça caucasiana.
Caso Clínico
Doente do sexo masculino, com 27 anos, nacionalidade brasileira e raça negra. Sem antecedentes conhecidos e alimentação sem restrições. Recorreu ao serviço de urgência com astenia, náuseas, vómitos, anorexia e perda ponderal com 1 mês de evolução. Nos últimos dias com cansaço fácil e vómitos com pequena quantidade de sangue. Além de mucosas descoradas, o restante exame objetivo era normal. Toque retal sem evidência de perdas hemáticas. Analiticamente com anemia macrocítica (Hb 6g/dL), ligeira leucopenia e trombocitopenia. Apresentava LDH aumentada (3017UI/L), vitamina B12 diminuída (<148pg/mL) com ácido fólico e cinética de ferro normal. No esfregaço do sangue periférico eram visíveis abundantes neutrófilos hipersegmentados. O restante estudo realizado incluiu endoscopia digestiva alta e ecografia abdominal que não exibiam alterações. Perante anemia megaloblástica por défice de vitamina B12 iniciou cobalamina i.m. e foram pedidos os anticorpos antifator intrínseco, que foram positivos, permitindo a confirmação do diagnóstico de AP. Constatou-se boa resposta à reposição vitamínica.
Discussão
Neste caso clínico, o diagnóstico de AP é realizado num doente jovem, de raça negra, características infrequentes na população identificada com esta patologia, salientando assim a importância da colheita exaustiva da história clínica, realização de um raciocínio clínico de acordo com achados encontrados e colocação refletida das hipóteses de diagnóstico possíveis.
O diagnóstico preciso da AP é importante devido à condição de morbilidade da doença, danos neurológicos irreversíveis e pré-disposição ao carcinoma gástrico.

P n.º 1827

A amargura duma cetoacidose diabética

Ana Cláudia Caseiro Antunes(1);Catarina Faria(1);Carla Falcão(1);Adélia Miragaia(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Uma das características da cetoacidose diabética (CD) é a hiperglicémia > 250 mg/dl. Contudo, em raros casos pode objectivar-se glicemia < 200 mg/dl relacionada com uso recente de insulina, diminuição da ingestão calórica, consumo excessivo de álcool, doença hepática crónica, gravidez, distúrbios de armazenamento de glicogénio e uso de inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (iSGLT2). Estes casos denominam-se CD euglicémica.
Caso Clínico: Homem, 61 anos, antecedentes de diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e pancreatite crónica, medicado com empagliflozina 10 mg id, solução de 25% de insulina lispro e 75% de insulina lispro protamina 26 Unidades (U) de manhã e 18U antes de jantar e pancreatina 300 mg id. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia, anorexia e palidez com três dias de evolução. Objectivamente com pressão arterial 132/85 mmHg, frequência cardíaca de 135 bpm, apirético, prostrado, confuso, com pontuação de 14 na Escala de Coma de Glasgow, glicémia capilar 188 mg/dL, polipneico, com tempo de preenchimento capilar > 2 segundos, com saturação periférica de oxigénio imensurável, sem outros achados positivos. Gasimetricamente com acidémia metabólica com pH 7,16, HCO3 6, pCO2 11, pO2 138 (sob O2 a 28%), analiticamente com leucocitose 10,9 10^3/uL (82.3% Neutrófilos), Anemia 9,8 g/dL normocítica/normocrómica, PCR 18,1 mg/L, cetonémia 7,8 mmol/L, radiografia do Tórax sem aparentes condensações. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de diabetes mellitus descompensada por traqueobronquite aguda com CD euglicémica e foi iniciada fluidoterapia, perfusão de insulina e amoxicilina/ácido clavulânico com progressiva melhoria clínica e resolução do quadro.
Discussão: A CD euglicémica constitui um desafio clínico que pode levar a atraso nas estratégias terapêuticas adequadas numa entidade que se define como uma emergência médica. O presente caso alerta para a existência de CD com glicemias normais em doentes medicados com iSGLT2.

P n.º 1833
Uma síncope sem rasto
Ana Cláudia Caseiro Antunes(1);Sónia Santos(1);Carolina Fernandes(1);Cláudia Cunha(1);Adélia Miragaia(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A intoxicação causada por monóxido de carbono (ICMC) sem origem no fogo é responsável por cerca de 50.000 idas ao serviço de urgência (SU) nos Estados Unidos (EU). Apesar de não existirem dados portugueses, nos EU a ICMC constitui uma das principais causas de morte por intoxicação. Os sinais/sintomas são inespecíficos e podem ir desde cefaleias (mais comum), mal-estar, náuseas, tontura, até à síncope, convulsões e coma. O diagnóstico assenta na história clínica, exame objectivo (EO) e nível elevado de carboxiemoglobina na gasometria arterial (GA).
Caso Clínico: Mulher, 42 anos, sem antecedentes de relevo nem hábitos tabágicos ou medicação habitual, recorreu ao SU por quadro de síncope, mal-estar inespecífico, tonturas e um vómito de conteúdo alimentar após recuperação do estado de consciência. Ao EO encontrava-se orientada, colaborante, com pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow, Pressão arterial 107/72 mmHg, Frequência cardíaca de 72 bpm, Saturação periférica de oxigénio 98% em ar ambiente, apirética, sem outros achados positivos. Analiticamente com D-Dímeros 385 ng/mL (<500), sem anemia, sem alteração da função renal ou hepática, troponina I de alta sensibilidade < 2.3 pg/mL. Electrocardiograma e radiografia do Tórax sem alterações. A doente permaneceu em vigilância tendo tido novo episódio de síncope. Foi realizada GA que revelou carboxihemoglobina (CH) 23.4% e, quando questionada acerca deste achado, a doente mencionou episódio prévio semelhante quando se encontrava junto do esquentador. Foi contactado o Centro de Informação Antivenenos que indicou tratamento com oxigénio hiperbárico (OH) que a doente realizou com resolução das alterações gasométricas e do quadro clínico.
Discussão: O presente caso salienta a elevada importância duma história clínica detalhada e relembra uma causa pouco frequente que integra o diagnóstico diferencial de síncope. O diagnóstico atempado permitiu orientar a doente para tratamento com OH, apesar de CH < 25%, pela síncope.

P n.º 1837

LESÕES LÍTICAS E CÉLULAS DE HURTHLE: UM OLHAR NA PATOLOGIA TIROIDEIA

Catarina Cabral(1);Inês Santos(1);Joana Alves Vaz(1);Maria Manuela Soares(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A diferenciação oncocíta resulta na neoplasia de células de Hurthle, estando associada a condições benignas como tiroidite autoimune, doença de Graves e nódulos hiperplásicos, como também tiroidite linfocítica. Apresentamos um caso de hipertiroidismo no contexto de tiroidite linfocítica crónica, associado a um nódulo rico em células de Hurthle.
Mulher de 68 anos, autónoma e reformada de cozinheira. Antecedentes pessoais de hipotiroidismo sob eutiroxina, sem controlo analítico há mais de um ano e seguimento em Neurocirurgia por episódios de lombociatalgia. A doente foi encaminhada para a Medicina Interna por detecção em tomografia computorizada (TC) da coluna vertebral hérnias discais e lesões osteolíticas bilaterais nas vertentes superiores das asas ilíacas, ligeiramente expansivas com matriz de densidade de partes moles e disrupção cortical delimitadas por halo esclerótico e em TC torácica nódulo sólido de 2cm no lobo esquerdo da tiróide, discretamente mergulhante no tórax e lesões nodulares parenquimatosas em topografia do lobo médio de 2,4 e 4mm. Apurou-se ainda tremor e diaforese com cerca de 2 meses de evolução, associado a perda de peso de cerca de 15% do total do peso corporal. Constatou-se um bócio palpável, com nódulo de consistência pétrea no lobo direito da tiróide. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, em internamento, destaca-se: TSH < 0.008µU/ml; T4 livre 24.8pmol/L; Ac. anti-TPO: 517Ui/ml; TRAb: 5.20 U/L. As TC confirmaram presença dessas lesões há mais de 5 anos, sem evolução, tendo apenas indicação para vigilância. Realizou biópsia aspirativa do nódulo por agulha fina cujo exame foi compatível com nódulos hiperplásicos ricos em células de Hurthle, no contexto de tiroidite linfocítica crónica. A doente foi medicada com propanolol 10mg e propiltiouracilo 50mg, mantendo, após alta, seguimento em consulta de Medicina Interna e Endocrinologia. Verificou-se regressão do quadro e retoma da sua actividade habitual.
A apresentação atípica deste caso, numa doente com patologia osteoarticular crónica, atrasou a marcha diagnóstica, revelada pela falta de vigilância laboratorial e ajuste de dose. Ressalva-se a premência do seguimento periódico dos doentes sob terapêutica hormonal tiroideia, abordando-os de uma forma holística.

P n.º 1838

O parkinsonismo assimétrico pode ser iatrogénico

Mariana Vargas(1);André Costa(1);Catarina Borges(1);Ana Graça Velon(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O parkinsonismo iatrogénico é uma das causas mais frequente de parkinsonismo secundário. Para o seu correto diagnóstico é fundamental conhecer as terapêuticas farmacológicas que os podem provocar.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 77 anos, recorreu à consulta de neurologia por quadro com um ano de evolução de tremor de repouso da mão direita. Antecedentes pessoais:hipertensão arterial. Medicação habitual:metil-dopa 500+500 mg (iniciado há 2 a 3 anos), espironolactona 10 mg id e furosemida 40 mg id. No exame neurológico apresentava de positivo tremor do mento ligeiro, tremor de repouso moderado do membro superior direito, bradicinesia e rigidez ligeiras do hemicorpo direito.
A avaliação analítica, a TC-CE e RM-CE não apresentavam quaisquer alterações de relevo. Por hipótese de parkinsonismo iatrogénico, foi suspensa a terapêutica com metil-dopa, com resolução dos sintomas após 6 meses.
Discussão: Na presença de um síndrome parkinsónico é fundamental fazer uma história farmacológica exaustiva, procurando suspender os fármacos associados a parkinsonismo. A distinção nem sempre é possível com base no exame neurológico, e contrariamente ao que seria expectável, 30 a 50% dos doentes com parkinsonismo iatrogénico têm manifestações predominantemente assimétricas. Os efeitos da suspensão do fármaco devem ser avaliados aos 6 meses, podendo ocorrer:1)remissão completa dos sintomas; 2)persistência de alguns sintomas sem progressão da doença,3)remissão dos sintomas com recorrência alguns anos depois. Neste último caso os fármacos poderão estar a contribui para desmascarar uma doença pré-existente. A metil-dopa é um inibidor competitivo da dopa-descarboxilase, a enzima que promove a conversão de dopa em dopamina. O seu efeito parkinsónico pode resultar de dois mecanismos:1)diminuição dos níveis de dopamina nos gânglios da base, 2)competição entre o seu metabolito alfa-metil-dopamina e a dopamina nos recetores do estriado.

P n.º 1839
INTOXICAÇÃO CRÓNICA POR LÍTIO

Sofia Osório Ferreira(1);Luís Neto Fernandes(1);Sara Silva Santos(1);Sérgio Gomes Ferreira(1);Penélope Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: O lítio é amplamente utilizado para tratamento dos transtornos de humor. A intoxicação por lítio pode ocorrer de forma aguda ou crónica; esta última como consequência da acumulação progressiva de lítio, nomeadamente em situações de depleção de volume.
CASO CLÍNICO: Mulher de 66 anos com antecedentes de psicose esquizoafetiva e doença renal crónica (DRC), estadio 4 de KDIGO, de etiologia não esclarecida, trazida ao Serviço de Urgência por alteração do comportamento/ da linguagem com uma semana de evolução. Estaria medicada com quetiapina e lorazepam, não tendo sido possível confirmar a terapêutica em curso à admissão. Apresentava-se prostrada, com fasciculações periorais, disártrica, com tetraparésia de tónus flácido, hiperreflexia e clónus bilateral; descorada e desidratada; sem outras alterações. Do estudo inicial, destacava-se lesão renal aguda KDIGO 2, hipernatremia moderada e hipotiroidismo subclínico; urina tipo 2 sem alterações e ecografia reno-vesical a excluir patologia obstrutiva; tomografia computorizada crânio-encefálica a excluir patologia vascular aguda/ lesões ocupantes de espaço. Foi internada no Serviço de Medicina Interna (MI) para continuação de estudo e tratamento. Ao quarto dia de internamento, após contato com centro de dia que prestava apoio na gestão da medicação, apurou-se que estaria medicada com carbonato de lítio, o qual deveria ter sido suspenso há mais de um ano. Doseamento de lítio plasmático ainda próximo dos limites terapêuticos, após 5 dias de fluidoterapia. Estudo subsequente compatível com diabetes insípida nefrogénica (DIN). Assim, disfunção renal, DIN, encefalopatia com sinais de primeiro e segundo neurónio e hipotiroidismo, atribuídos a intoxicação crónica por lítio. A doente evoluiu com melhoria clínica e normalização da função renal sob fluidoterapia, suspensão do fármaco agressor e ajuste de psicofármacos.
DISCUSSÃO: Este caso realça a importância de uma anamnese pormenorizada e os desafios diagnósticos inerentes aos doentes observados pela MI. Sublinha-se que, embora o lítio seja valioso no tratamento dos distúrbios do humor, o seu uso sem monitorização adequada pode resultar em toxicidade multissistémica.

P n.º 1841

Meningite, manifestação de uma outra infeção grave

Fernando Lemos(1);Patrícia Araújo(1);Ana Rita Branco(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Carmélia Rodrigues(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As complicações neurológicas podem ser manifestação inaugural de endocardite infeciosa (EI), sendo o SNC o foco mais comum de complicações extra-cardíacas (25-70%). O diagnóstico deve ser equacionado em doentes com acidente vascular cerebral, meningite ou abcessos cerebrais.
Caso Clínico: Mulher, 77 anos. Diabetes mellitus, carcinoma da mama (curada). Agravamento de lombalgia crónica (últimos 5 dias); prostração, hipersudorese e febre desde há 1 dia. Admitida por crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Entubação para proteção da via aérea. À admissão febril (40ºC) e hipotensa (80/46mmHg). Elevação dos marcadores inflamatórios. TC crânio-encefálica e toraco-abdomino-pélvica sem alterações de relevo. Realizada punção lombar: pleocitose com ligeiro predomínio linfocítico (137mm3; 48%) e hiperproteinorráquia (145mg/dL). Assumido meningite séptica iniciou antibioterapia de largo espectro (meropenem e vancomicina), aciclovir e dexametasona. Posterior melhoria clinica com desmame de sedação e extubação em D3 de internamento. Na enfermaria, conhecida bacteriemia por Streptococcus agalactiae (SA) e descalada antibioterapia para Penicilina. Estudo microbiológico do liquor negativo. Objetivado sopro diastólico, mitral “de novo”, persistência de marcadores inflamatórios elevados, picos febris ocasionais. Exames complementares documentaram enfarte esplénico e vegetação em válvula mitral nativa (>2cm), sendo assumida EI a SA, com embolização central e esplénica. Descartadas outras complicações cerebrais e espondilodiscite. Hemoculturas subsequentes negativas. Submetida a substituição valvular mitral (bioprótese) à 6ª semana de antibioterapia, completando posteriormente mais 2 semanas de antibioterapia. Atualmente com recuperação funcional total.
Conclusão: A EI é rara mas potencialmente fatal e manifestações atípicas podem atrasar o diagnóstico. Os autores ressaltam este caso para relevar a Meningite como complicação da EI, presente em 1-20% dos casos.

P n.º 1842

LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO CEREBRAL DE ORIGEM INFECIOSA

Catarina Cabral(1);Inês Santos(1);Joana Alves Vaz(1);Maria Manuela Soares(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os abcessos cerebrais têm origem em processos infecciosos contíguos (otite média, sinusite), surgindo também por embolização séptica de locais remotos, trauma ou cirurgia. A tríade de febre, cefaleia e défices focais acomete menos de 1/3 dos doentes, que podem ter apresentações diversas, como alteração do estado de consciência, convulsões, rigidez da nuca, náuseas e vómitos.
Sexo masculino, 76 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de valvulopatia aórtica com prótese mecânica aórtica, neoplasia da próstata tratada em 2013 e demência incipiente. Recorre ao Serviço de Urgência directamente pela Via Verde de Acidente Vascular Cerebral, por afasia global de instalação súbita. Realizou tomografia crâneo-encefálica que revelou área de edema fronto-insular subcortical esquerda, com edema vasogénico, existindo uma lesão nodular na transição cortico-subcortical, de 12 mm, com região periférica hiperdensa. O doente foi internado assumindo-se lesão ocupante de espaço neoplásica. Foi submetido a craniotomia bifrontal e exerése da lesão, tendo-se identificado um abcesso cerebral, com isolamento de Streptococus intermedius. Procedeu-se ao estudo etiológico, identificando-se em ecocardiograma transesofágico imagem de vegetação em prótese mecânica aórtica e espessamento heterogéneo da raiz da aorta, sem processo abcedado ou fistulizado, processo compatível com endocardite infecciosa, estando na origem da embolização séptica para o cérebro. O doente cumpriu 8 semanas de benzilpenicilina e metronizadol endovenosos. A investigação revelou também serologia para citomegalovírus (CMV) com IgG e IgM positivos. Objectivou-se retinite a CMV, realizando ganciclovir durante 28 dias. Assistiu-se à lenta, mas progressiva, recuperação do doente, mantendo plano de reabilitação em internamento e após alta.
Neste doente deparamo-nos com um caso de desfecho imprevisível, uma apresentação curiosa e uma riqueza de processos fisiopatológicos que promovem incessantemente o raciocínio clínico e a confirmação diagnóstica como único meio de chegar à sua cura.

P n.º 1843

Hipertensão pulmonar 2ª a linfangite carcinomatosa - apresentação rara de adenocarcinoma gástrico

Daniela Barroso(1);Filipa Abelha(1);Fabienne Gonçalves(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Tema: Doenças cardiovasculares

A hipertensão pulmonar é um distúrbio fisiopatológico da circulação pulmonar pode envolver múltiplas condições clínicas, por vezes, secundárias a uma patologia sistémica.
Mulher de 38 anos, com quadro de epigastralgias com anos de evolução, com estudos endoscópicos dois anos antes da admissão sem alterações. Apresentava um quadro com 2 meses de evolução de dispneia, tosse seca e perda de peso de 10,7% e foi internada para estudo etiológico de hipertensão pulmonar com ecocardiograma do ambulatório a identificar PSAP 80 mmHg e sobrecarga do ventrículo direito apresentando insuficiência respiratória tipo 1. Realizou cateterismo direito que comprovou a presença de hipertensão pulmonar de etiologia pré-capilar com marcha diagnóstica a excluir patologia tromboembólica, cardíaca congénita, auto-imune ou viral. Do restante estudo destacavam-se uma anemia de estados inflamatórios, infiltrados micronodulares com distribuição centrilobular pulmonares e alteração ventilatória restritiva. O estudo subsequente demonstrou a presença de um adenocarcinoma com ponto de partida gástrico e metastização à distância: pulmonar com linfangite carcinomatosa, hepática, ganglionar, óssea e ovárica. A doente evoluiu com agravamento franco da disfunção respiratória, sem resposta aos vasodilatadores pulmonares e corticoterapia sistémica em provável contexto de progressão de linfangite, acabando por falecer ao 23º de internamento.
Face aos achados tornou-se evidente a presença de uma hipertensão pulmonar secundária a linfangite carcinomatosa pulmonar, uma forma de apresentação rara de um adenocarcinoma gástrico.

P n.º 1849

Perda da acuidade visual na mulher jovem: o início de uma jornada de estudos

Sónia Reis Santos(1);Catarina Fernandes(2);Inês Correia(2);Professora Dra. Isabel Santana(2);Nelson Domingues(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Esclerose Múltipla representa a doença inflamatória autoimune desmielinizante do SNC mais prevalente. A variante mais prevalente é a do Surto/ Remissão, sendo o surto caracterizado por um episódio clínico característico e monofásico com tradução objetiva no exame neurológico, com duração superior a 24horas, associado a recuperação parcial ou total, após exclusão de intercorrência infeciosa.
Caso Clínico: Mulher de 21 anos, previamente saudável. Admitida em Serviço de Urgência por quadro de visão turva e oculodinia direitas com cerca de 24horas de evolução. Ao exame objetivo constatada anisocoria (OD>OS) e defeito pupilar aferente relativo direito. Realizada TC-CE com evidência de hipodensidades com distribuição periventricular, o que em associação com a clínica, conduz à suspeita diagnóstica de doença desmielinizantes do SNC e espessamento do nervo ótico direito. Admitida em Internamento com o diagnóstico de nevrite ótica direita. Iniciou tratamento com megadoses de metilprednisolona 1g durante 5 dias com resolução da oculodinia, mas persistência do defeito da acuidade visual que motivou o início de sessões de plasmaferese. Comprovada boa resposta terapêutica com recuperação completa da visão. Do estudo complementar realizado, constatados: hipovitaminose D, infeção prévia por EBV, anticorpos anti-MOG/ anti-AQP4 / ANA e ANCAs negativos, positividade de bandas oligoclonais no LCR e achados característicos de Esclerose Múltipla na RMN-CE (embora sem lesões em fase ativa). Feito diagnóstico de Esclerose Múltipla Surto Remissão de acordo com os Critérios de McDonald, sendo orientada para um ensaio clínico.
Conclusão: Estudos recentes comprovam a importância dos fatores ambientais como determinantes do risco do desenvolvimento de Esclerose Múltipla. Tal como observado no caso clínico, a infeção pelo vírus Epstein-Barr e a hipovitaminose D (como resultado da baixa exposição solar dos países europeus) poderão constituir importantes triggers no desenvolvimento e progressão desta patologia.

P n.º 1851

Abcesso Pulmonar a complicar Covid-19, dois casos

Diogo Alexandre Alves(1);Rita Morais Passos(1);Francisca Cardoso(1);Paula Pestana(1);Joana c. Abreu(1);Rogério Corga Silva(1);José Caldeiro(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A Covid-19 e as suas complicações apresentaram desafios diagnósticos e terapêuticos. A sobreinfecção bacteriana pode ocorrer em até 46% dos doentes. Apresentamos dois casos de pneumonia associada a ventilador (PAV) com abscesso pulmonar (AbP) associado.
Caso 1: Homem, 55 anos sem antecedentes, é internado por Pneumonia a COVID-19 com ARDS grave e sobreinfecção bacteriana com necessidade de VMI. É iniciada terapêutica com Dexametasona que cumpriu 10D a 20mg id e 10D a 10mg id, e antibioterapia (ATB) com Ceftriaxone e Azitromicina. Ao 13ºD é diagnosticada bacteremia a S. epidermidis e iniciada Vancomicina. Ao 27ºD é extubado para VNI por melhoria respiratória. Ao 32ºD de internamento por agravamento clínico realiza TC Tórax que revela AbP do lobo inferior direito, realiza lavado broncoalveolar (LBA) com isolamento de P. aeruginosa sensível a Imipenem. Após ATB dirigida teve alta para o domicílio.
Caso 2: Mulher, 78 anos com antecedentes de asma, é internada por Pneumonia a COVID-19 com ARDS grave e sobreinfecção bacteriana com necessidade de VMI. Inicia terapêutica com Dexametasona que cumpriu 2D a 6mg id seguido de 5D a 20mg id e 5D a 10mg id, e ATB com Ceftriaxone e Azitromicina. Ao 10ºD de internamento por agravamento clínico inicia ATB empírica com Piperacilina/Tazobactam. Ao 13ºD realizou TC-Tórax que revelou AbP do lobo médio, adicionou-se Vancomicina. Foi realizada colheita de secreções brônquicas e LBA com isolamento apenas de C. albicans, manteve-se ATB com Piperacilina/Tazobactam e Vancomicina. A doente manteve agravamento clínico marcado, acabando por falecer ao 19ºD de internamento.
O diagnóstico de ABP é dificil sem recorrência a TC-Tórax, pelo que poderá haver subdiagnóstico desta complicação. Autores reportam incidência de AbP até 14% dos doentes com PAV secundária a COVID-19. Esta elevada incidência pode dever-se à imunossupressão pela Dexametasona, e à presença de microtromboses pulmonares. Assim torna-se importante o elevado índice de suspeição para esta possível complicação.

P n.º 1855

AVC hemorrágico na mulher jovem: a tontura cavernomatosa

Sónia Reis Santos(1);Filipa Costa Sousa(1);Andreia Moreira Lopes(1);Ana Gomes(1);Nelson Domingues(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O aumento da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares, o consumo de drogas ilícitas e melhoria dos meios complementares de diagnóstico, favoreceu o aumento dos diagnósticos de AVC. No adulto jovem, dever-se-ão excluir as malformações vasculares cerebrais, presentes em 0.1 a 4.0% dos doentes, desde MAV (1%), cavernomas (0.4%), telangiectasias capilares (0.7%) e anomalias do desenvolvimento venoso (2%).
Caso Clínico: Mulher de 43 anos, autónoma. Admitida no SU por quadro de tonturas incessantes associadas a vómitos alimentares com marcada intolerância às mudanças posturais. Na avaliação inicial com estabilidade hemodinâmica sendo impossibilitada a realização do exame neurológico pela forte sintomatologia da doente. Imagiologicamente, constatada formação hemorrágica arredondada densa na profundidade do vérmis cerebeloso, a merecer estudo complementar com RMN. Admitida em Internamento com realização de RMN que comprovou a existência de lesão hemorrágica ovalada na vertente anterior do cerebelo com sugestão de cavernoma, a carecer de controlo evolutivo clínico e imagiológico. Internamento prolongado pelas queixas de tonturas e náuseas refratárias ao tratamento médico preconizado, necessitando de introdução gradual de antieméticos e haloperidol com posterior resolução. Teve alta orientada para a consulta de Neurocirurgia. Repetiu RMN-CE com estabilidade da lesão. Opção pelo tratamento conservador, atendendo ao risco elevado de desequilíbrio/ ataxia inerentes à localização vermiana da lesão.
Conclusão: Os cavernomas traduzem lesões cerebrais que podem ocorrer de forma esporádica (80%) ou familiar (hereditariedade autossómica dominante). Nas formas esporádicas são, habitualmente, lesões únicas cuja sintomatologia é função da localização da lesão. Quando a localização dos cavernomas é infra-tentorial, o quadro clínico é determinado por complicações hemorrágicas e défices neurológicos progressivos, sendo as lesões do tronco cerebral associadas a pior prognóstico. A resseção cirúrgica será indicada perante a persistência dos défices neurológicos limitantes, epilepsia refratária ao tratamento medico e hemorragia recorrente (no caso das lesões externas ao tronco cerebral com hemorragia ou défices focais na apresentação, o risco de recorrência é de 18%).

P n.º 1860
Síndrome de Waterhouse-Friederichsen
Ana David do Carmo(1);Maria Inês Lopes(1);Gil Prazeres(1);Rui Casanova(1);Bernardo Soares Batista(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças raras

Introdução
A Síndrome de Waterhouse-Friederichsen é uma causa rara de insuficiência suprarrenal aguda na qual há hemorragia bilateral das suprarrenais. Pode ter múltiplas etiologias, sendo a associação a infecção grave a meningococus a mais clássica, mas têm sido descritas associações com outras infeções bacterianas graves que cursam com sepsis.
Caso Clínico
Mulher de 78 anos com história de carcinoma do urotélio de alto grau, submetida a 4 ciclos de quimioterapia neoadjuvante seguida de cistectomia, histerectomia radical com vaginectomia parcial, anexectomia bilateral, linfadenectomia e construção de conduto ileal não continente. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 5 dias de evolução caracterizado por dor abdominal difusa, febre sem calafrio, náuseas, vómitos e diarreia.
Na admissão encontrava-se hipotensa, taquicárdica, pálida, mal perfundida e com saída de urina turva no conduto ileal. Analiticamente tinha lesão renal aguda e hiponatrémia, aumento dos parâmetros inflamatórios e hiperlactacidémia. A tomografia computorizada abdominopélvica mostrou globosidade difusa e aumento da densidade espontânea das glândulas suprarrenais, acompanhadas de densificação da gordura envolvente, achados compatíveis com hemorragia das glândulas suprarrenais.
Foi admitida na unidade de Cuidados Intensivos tendo iniciado desde logo fluidoterpaia, suporte vasopressor e hidrocortisona por suspeita de insuficiência suprarrenal aguda que se confirmou mais tarde pelo doseamento de cortisol baixo. Foi ainda começada antibioterapia com piperacilina/tazobactam ajustada para amoxicilina/clavulanato após isolamento de E. Coli no sangue e na urina, com boa evolução clínica.
Dado o contexto de insuficiência suprarrenal aguda, hemorragia suprarrenal bilateral e urosépsis concomitante foi admitido o diagnóstico de síndrome de Waterhouse-Friederichsen.
Discussão
A síndrome de Waterhouse-Friederichsen é uma emergência médica cuja identificação, diagnóstico precoce e tratamento atempado podem prevenir um desfecho desfavorável. Devemos considerar sempre este diagnóstico no exercício de diagnóstcio diferencial de choque.

P n.º 1861
Sinal de xaile: a importância do olho clínico
Joana Gomes da Cunha(1);Andreia Lopes(1);Daniela Duarte(1);Vera Romão(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Considerada uma miopatia inflamatória autoimune idiopática, a dermatomiosite carateriza-se pela fraqueza dos músculos proximais e atingimento cutâneo, sendo o seu espectro de manifestações muito vasto.
Caso Clínico: Mulher, 80 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e patologia osteoarticular, avaliada em consulta de Doenças Autoimunes por derrame pericárdico e alterações analíticas (transaminases 2x limite superior do normal (LSN), anticorpos antinucleares (ANA) 1/2560, padrão homogéneo, anti-dsDNA 57 e anti-KU positivos). Destacava-se “puffy fingers”, edema das mãos, deformidades das interfalângicas distais com desvio em zigzag, cifose dorsal e lombar. Meses depois, referência a mialgias proximais dos membros inferiores; apresentava sinal de xaile no dorso, espessamento cutâneo nos antebraços e edema das mãos. De novo, com creatinofosfoquinase (CK) 9x o LSN. Depois de suspensa a estatina, realizou eletromiografia, cujo resultado foi compatível com miopatia inflamatória. Posteriormente, foi sujeita a biópsia muscular que revelou “acentuação da normal variabilidade do diâmetro das fibras, com fibras atrofiadas de contornos poliédricos dispersas, infiltrado inflamatório composto predominantemente por linfócitos T, discreto predomínio de fibras tipo 1, positividade sarcolémica e sarcoplasmática – caraterísticas sugestivas de dermatomiosite”. Face aos resultados, iniciou corticoterapia e azatioprina, encontrando-se assintomática desde então, com melhoria franca do valor de CK. Ainda, realizado despiste de neoplasias - até ao momento negativo.
Discussão: O diagnóstico de dermatomiosite exige elevado nível de suspeição, sendo o valor das enzimas musculares, eletromiografia e biópsia muscular fundamentais. Quando presente em idosos há que despistar síndrome paraneoplásica. O caso clínico destaca a importância do exame objetivo na avaliação dos doentes para a identificação de sinais, como o sinal de xaile, como pista para o diagnóstico da doença

P n.º 1866

Adenopatias, a raridade aliada à gravidade – a propósito de um caso clínico

Joana Gomes da Cunha(1);Henrique Elvas(1);Pedro Fernandes(1);Vera Romão(1);André Martins(1);Joana Batista Correia(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: As adenopatias constituem manifestações de patologias, nem sempre benignas.
Caso clínico: Homem, 64 anos. Antecedentes de bócio multinodular, hiperplasia benigna da próstata e doença pulmonar obstrutiva crónica (fumador 69 UMA). Queixas de dispneia de esforço e tosse produtiva há 4 dias. Há 2 meses, identificadas adenomegalias na região cervical direita com edema facial ipsilateral matinal e perda ponderal não quantificada – realizou tomografia cervico-toraco-abdominopélvica: "múltiplas adenopatias cervicais bilaterais, conglomerado adenopático lateral ao lobo direito da tiroide que se prolonga pelo mediastino superior, compartimentos ganglionares mediastínicos e hilares sugestivos de doença linfoproliferativa, espessamento intersticial difuso/bilateral e processos de linfangeíte…". À admissão, emagrecido, com adenomegalia cervical direita palpável, insuficiência respiratória tipo 1 grave - transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde esteve sob oxigenoterapia de alto fluxo e iniciou corticoterapia, com boa resposta. Sujeito a biópsia excisional ganglionar cervical: "metástase de carcinoma neuroendócrino de pequenas células, sem possibilidade de identificar a localização primária". Pedida tomografia por emissão de positrões (PET), mas por agravamento do estado clínico não realizada - contraiu COVID-19, com agravamento respiratório e síndrome de veia cava superior (SVCS), tendo vindo a falecer.
Discussão: Tumores neuroendócrinos são neoplasias raras. Podem atingir qualquer órgão, ¼ dos casos tem origem no pulmão. Quando de pequenas células apresenta um comportamento agressivo, rápida disseminação hematológica e linfática, como aqui verificado. A SVCS é altamente ameaçadora de vida e a infeção COVID-19 contribuiu também para o desfecho. A importância de um diagnóstico precoce é essencial.

P n.º 1869

Miocardite aguda por Pembrolizumab - um caso clínico

Rita Ferreira(1);Rita Ribeiro(1);Miguel Pinheiro(1);Marta Noronha Carvalho(1);António Epifânio Mesquita(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal utilizado no tratamento de várias neoplasias com melhoria significativamente dos outcomes clínicos. No entanto, não está isento de reações adversas, sobretudo de mediação imune. Apresenta-se um caso clínico de miocardite aguda com bloqueio auriculo-ventricular completo que se desenvolveu cerca de 12 horas após administração de Pembrolizumab.
Homem, 54 anos, com história de tabagismo e adenocarcinoma do pulmão metastizado sob terapêutica com Pembrolizumab que é admitido no serviço de urgência por três episódios de síncope sem pródromos cerca de 12 horas após 7ª administração de Pembrolizumab. Apresentava-se hemodinamicamente estável, sem alterações na observação. Analiticamente destacava-se troponina I 3220 pg/mL seguida de 3777 pg/mL na reavaliação às 3 horas. O eletrocardiograma era normal. Foi assumido síndrome coronário agudo sem elevação do segmento ST e iniciada dupla anti-agregação. No 1º dia de internamento apresentou nova síncope com bradicardia, detetando-se bloqueio auriculo-ventricular completo. Foi colocado pacemaker, com resolução do quadro clínico e descida da troponina I. O ecocardiograma revelou duvidosa hipocinesia no septo interventricular e fração de ejeção de 56%. A angio-TC coronária não revelou estenose coronária significativa. Foi colocada a hipótese de miocardite aguda associada a Pembrolizumab, posteriormente confirmada em ressonância magnética cardíaca (já em fase resolutiva), o que levou à suspensão definitiva do fármaco. Dada a estabilidade e evolução clínica favoráveis não foi iniciada corticoterapia.
A miocardite aguda é um efeito adverso associado a Pembrolizumab que tem vindo a ser relatado na literatura, podendo ser fatal. Este caso alerta-nos para a importância de manter uma elevada suspeição clínica na elaboração do diagnóstico diferencial, bem como da monitorização cardíaca em doentes sob Pembrolizumab.

P n.º 1870

Síndrome Febril Prolongado de Origem Desconhecida - o valor diagnóstico da exérese ganglionar

Inês Lima Freitas(1);Catarina Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Ana Branco(1);Anita Cunha(1);Miguel Romano(1);Ana Afonso(1);Paula Pestana(1);Manuel Ferreira(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

O Síndrome Febril Prolongado de Origem Desconhecida (SFP) representa um desafio etiológico e constitui frequentemente uma apresentação atípica de uma patologia relativamente comum.
Descreve.se o caso de uma doente do sexo feminino, de 55 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Apresentou quadro de rinorreia, tosse produtiva e febre, 7 dias após diagnóstico de COVID-19, infeção assintomática. Resolução da rinorreia e tosse produtiva mas, por manutenção de febre de predomínio vespertino com cerca 1 mês de evolução associada a prurido, tosse não produtiva, sudorese noturna, astenia e perda ponderal inespecífica, foi internada por SFP. Do exaustivo estudo realizado, salienta-se anemia microcítica hipocrómica, leucocitose com neutrofilia e trombocitose, velocidade de sedimentação aumentada (70mm), procalcitonina negativa, elevação da fosfatase alcalina e da gama glutamiltransferase. TC toraco-abdomino-pélvico revelou "adenopatias mediastínicas e inguinais e adenomegalias retroperitoneais". Realizada biópsia aspirativa guiada por ecografia de gânglio inguinal com alterações inespecíficas e PET que mostrou "doença metabolicamente ativa em sede ganglionar, hepática, óssea e esplénica, levantando a suspeita de doença linfoproliferativa". Biópsia óssea compatível com medula óssea reativa, sem sinais de envolvimento por linfoma e mielograma sem infiltração por doença linfoproliferativa. Resultado anatomopatológico, após exérese de gânglio inguinal revelou Linfoma de Hodgkin Tipo Esclerose Nodular (LH).
O LH Clássico Tipo Esclerose Nodular é o subtipo mais comum de LH, correspondendo a 60-80% dos casos. A realização de biópsia aspirativa, efetuada por impossibilidade de técnica de exérese inicialmente, condicionou um atraso no diagnóstico desta doente, mas sem evolução significativa da doença. O diagnóstico de linfoma necessita de material adequado que permita definir a arquitetura celular do gânglio para um diagnóstico histopatológico e imunofenotípico adequado, que a biópsia aspirativa não permite.

P n.º 1874

Nódulo mamário e lesões ósseas - uma etiologia incomum

Inês Lima Freitas(1);José Diogo Martins(1);Miguel Romano(1);Ana Branco(1);Catarina Carvoeiro(1);Anita Cunha(1);Ana Afonso(1);Rita Passos(1);André Colmente(1);Paula Pestana(1);Manuel Ferreira(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

O mieloma múltiplo (MM) é a entidade mais conhecida do grupo das neoplasias plasmocitárias (94%), do qual também fazem parte os plasmocitomas solitários ósseos (4%) ou extramedulares (2%), que podem, mais tarde, evoluir para MM.
Doente do sexo feminino, 82 anos, com antecedentes de hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência, após queda da própria altura com fratura clavicular. Quadro de queixas álgicas difusas, sobretudo localizadas na região da coluna lombar, condicionando limitação da marcha há 4 meses, tendo realizado TC da coluna lombo-sagrada que descrevia múltiplas lesões osteolíticas mais evidentes em L1. À admissão, de salientar anemia normocítica normocrómica, disfunção renal e hipercalcemia. Doente internada para estudo complementar. Solicitado estudo endoscópico, TC toraco-abdomino-pélvico, eletroforese e imunofixação de proteínas. Analiticamente imunoglobulinas diminuídas e aumento da B2-microglobulina e da desidrogenase lática. Detetado nódulo não doloroso na mama esquerda, irregular, com consistência tipo borracha, aderente aos planos profundos e associado a retração mamilar ipsilateral, o que motivou pedido de mamografia com biópsia que revelou neoplasia com características de lesão plasmocítica. No internamento, agravamento rápido do estado geral da doente, acabando esta por falecer antes da realização dos restantes exames complementares.
Este caso alerta para a importância do diagnóstico diferencial de lesões osteolíticas, nomeadamente quando existe nódulo da mama. Apesar da forte suspeita diagnóstica de MM, foi no sentido de excluir uma neoplasia primária desconhecida que o nódulo mamário foi detetado. Os plasmacitomas extramedulares surgem frequentemente no trato aerodigestivo. A apresentação localizada de um plasmocitoma solitário extramedular em tecido mamário é bastante rara. Neste caso clínico, era desconhecido o seu tempo de evolução, mas a sua deteção mais precoce poderia ter possibilitado a realização de tratamento dirigido.

P n.º 1877

O desafio diagnóstico do SIADH – em busca da etiologia

Rui Jorge Escaleira(1);Rita Quaresma Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH) é um distúrbio que leva a hiponatrémia por retenção de água (H2O) devido à incapacidade de supressão da secreção da hormona antidiurética (ADH) que, por sua vez, leva à diminuição da excreção renal de H2O. Existem diversas etiologias, entre elas a iatrogénica causada por fármacos, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina. Apresentamos um caso de uma mulher, 77 anos, com adenocarcinoma (ADC) do pulmão sob quimioterapia (QT) adjuvante com Carboplatina e Paclitaxel, síndrome depressivo e diabetes mellitus tipo 2 sob Metformina.
Recorreu ao Hospital de Dia de Oncologia por quadro de disúria com 4 dias de evolução, associado a astenia e anorexia. De referir início de toma de Venlafaxina uma semana prévia ao quadro referido. À observação encontrava-se com o discurso lentificado, euvolémica, com dor à palpação hipogástrica, sem Murphy renal. Laboratorialmente apresentava hiponatrémia (Na+ 113 mEq/L) e urina II com leucocitúria. A doente foi internada e do estudo realizado destacava-se osmolaridade sérica diminuída (269 mOsmol/kg), osmolaridade urinária elevada (277 mOsmol/kg), sódio (Na+) urinário elevado (84 mEq/L), compatível com SIADH. Suspendeu-se a Venlafaxina no início do internamento, com aumento espontâneo dos valores de Na+, e, posteriormente, realizada restrição do aporte hídrico, observando-se normalização da natremia à data de alta; foi realizado switch de Venlafaxina para Mirtazapina. Foi ainda medicada para cistite aguda por Escherichia coli, com resolução clínica e analítica.
No caso apresentado vemos um exemplo de um SIADH iatrogénico por toma de Venlafaxina e associado a Metformina, que potencia a ação da ADH a nível periférico. Este caso torna-se importante, pois revela a dificuldade diagnóstica subjacente aos múltiplos fatores confundidores e possivelmente causadores de SIADH, entre eles o ADC do pulmão e a QT adjuvante com agentes derivados de platina (Carboplatina).

P n.º 1878

Urossépsis associada a Espondilodiscite – uma apresentação atípica

Inês Lima Freitas(1);Ana Branco(1);José Diogo Martins(1);Catarina Carvoeiro(1);Ana Sofia Ferreira(2);Ana Afonso(1);Miguel Romano(1);Anita Cunha(1);Luís Costeira(1);Rita Passos(1);Paula Pestana(1);Manuel Ferreira(1);Diana Guerra(1)
(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

Apesar dos progressos na sua identificação e tratamento, a sépsis mantém-se uma patologia de elevada morbimortalidade e representa um desafio diagnóstico particularmente nos casos de apresentações frustes ou atípicas.
Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 83 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata e osteoporose com fraturas vertebrais. Recorreu ao serviço de urgência por pico febril isolado 3 dias antes e, desde então, desorientação, lombalgia e noção de diminuição de diurese. À admissão, de salientar estabilidade hemodinâmica e dor intensa à palpação da região coxofemoral esquerda; analiticamente anemia (Hb 9.5g/dL), trombocitopenia (plaquetas 111.000/uL), aumento da creatinina (2.24mg/dL) e da proteína c reativa (PCR - 34.55mg/dL), piúria e urina tipo II com cilindrúria. TC lombar e ecografias renovesical sem alterações de relevo. Foram colhidas urocultura (sem identificação de agente patogénico) e hemoculturas (com posterior isolamento de E. coli) e foi iniciada antibioterapia com ceftriaxone. Durante o internamento, identificados sinais inflamatórios na região coxofemoral esquerda, pelo que foram realizados TC da bacia e coxa esquerda que identificaram abcessos a nível dos músculos glúteo e psoas esquerdos. Decidida drenagem guiada por TC de abcesso do psoas com colheita de material purulento (crescimento de E. coli). Detetada espondilodiscite em L1-L2 através de RM lombar e ecocardiograma transtorácico sem evidência de endocardite. Doente com evolução clínica favorável, melhoria imagiológica dos abcessos e resolução das disfunções orgânicas. Contudo, após transição para antibioterapia oral, agravamento da leucocitose, PCR e do abcesso do músculo psoas.
Este caso descreve uma apresentação clínica fruste e atípica, num idoso, de urossépsis complicada. A disseminação da infeção pode ser atribuída a múltiplos fatores, nomeadamente à imunossenescência, imunossupressão conferida pela neoplasia e respetivas terapêuticas e ainda às fraturas osteoporóticas existentes.

P n.º 1879

TIBOLA: tick-borne lymphadenopathy

Maria Ana Flores(1);Isabel Cruz Carvalho(2);Joana Vieitez Frade(1);Gonçalo Jantarada Domingos(1);Fátima Gonçalves(1);Inês Moreira Sousa(1);Andreia Ferreira Moreira Lopes(3);Diogo Mendes Pedro(1);Mariana Alves(2);Sérgio Paulo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente (3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: TIBOLA (tick-borne lymphadenopathy), ou seja, adenopatia provocada pela mordedura da carraça, é uma doença do grupo da febre escaro-nodular, caracterizada por uma escara e adenomegalias após uma mordedura de carraça no couro cabeludo. Frequentemente, é causada por Rickettsia slovaca e ocorre no início da primavera e outono em países europeus. O presente caso clínico descreve um caso de TIBOLA numa mulher jovem com imagens ilustrativas das lesões associadas.

Caso clínico: Mulher de 37 anos, recorre ao serviço de urgência por lesão violácea no couro cabeludo, cefaleias e adenopatias cervicais e occipitais bilaterais dolorosas com uma semana de evolução. Refere picada de carraça na localização da lesão há 10 dias que foi removida integralmente. Sem outras lesões cutâneas, febre, artralgias, mialgias, fotofobia, náuseas, vómitos, dispneia, tosse ou outros sintomas. Ao exame objetivo com lesão característica – tache noir - com alopécia no local da lesão e adenopatias cervicais e occipitais dolorosas. Analiticamente sem aumento dos parâmetros inflamatórios. O estudo serológico foi negativo. Foi medicada com doxiciclina e analgesia e encaminhada para consulta para reavaliação.

Após uma semana de doxiciclina, com melhoria da lesão e das queixas, ainda com alguma dor no local da lesão e no couro cabeludo circundante. Após 2 semanas de doxiciclina, sem queixas, com lesão no couro cabeludo em cicatrização, já com resolução parcial da alopécia no local.

Discussão: O caso descrito ilustra a apresentação típica da TIBOLA, com resolução das queixas após antibioterapia adequada, realçando a importância de conhecer esta entidade clínica. Serologias negativas quando os sintomas e contexto epidemiológico são típicos não excluem esta hipótese diagnóstica, uma vez que apresentam baixa sensibilidade.

P n.º 1880

Eventos trombóticos como apresentação inicial de Mielofibrose Primária

Diogo Duarte Lopes(1);Luisa Dornelas(1);Ana sá(1);Vanessa Palha(1);Mauro Pereira(1);Joana Sotto Mayor(1);Teresa Pimentel(1);Narciso Oliveira(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Mielofibrose Primária (MFP) é um dos Síndromes Mieloproliferativos (SMP), segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), como a Trombocitemia Essencial (TE). A MFP, entidade rara, caraterizada pela proliferação anormal de megacariócitos e granulócitos e o surgimento progressivo de fibrose na medula óssea (MO), podendo estar associada a mutações genéticas (JAK2, CALR e MPL). As principais manifestações clínicas são anemia, esplenomegalia, astenia, eventos trombóticos e hemorrágicos. Os critérios estão estabelecidos pela OMS.

Caso Clínico: Mulher de 55 anos, com internamento prévio por dor abdominal, por tromboses venosas, associada a esplenomegalia e anemia, com a mutação JAK2 negativa e o restante estudo inconclusivo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal, astenia e anorexia com uma semana de evolução. Diagnosticou-se uma trombocitose e uma lesão renal aguda, com posterior resolução. Realizou uma Tomografia Computorizada que negou agravamento dos eventos trombóticos prévios, detetou ascite e derrame pleural esquerdo, iniciando diuréticos. Pesquisaram-se outras mutações genéticas e fez-se uma biópsia da MO que identificou um quadro morfológico compatível com SMP de caraterísticas de Mielofibrose em fase fibrótica inicial. Iniciou Varfarina, e foi referenciada para consulta externa.

Discussão: Os eventos trombóticos são uma apresentação inicial atípica da MFP, que costuma surgir com sintomas constitucionais. A TE deve ser considerada, principalmente se trombocitemia coexistir. A distinção é difícil, já que a MFP tem caraterísticas clínicas e mutacionais semelhantes à TE, por isso a avaliação histológica é crucial para as diferenciar, tal como foi feito. Importa referir que uma MFP pode resultar de uma TE. Existem vários modelos que avaliam o prognóstico e a possibilidade de transformação da MFP em Leucemia Mieloide aguda. Atualmente, o único tratamento curativo é o transplante alogénico de MO. Por último, é crucial a prevenção das complicações associadas à MFP.

P n.º 1884
Listeriose, uma doença dissimulada
Diogo Duarte Lopes(1);Luisa Dornelas(1);Ana sá(1);Vanessa Palha(1);Mauro Pereira(1);Joana Sotto Mayor(1);Teresa Pimentel(1);Narciso Oliveira(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Listeria monocytogenes (LM) é um dos mais importantes agentes patogénicos de origem alimentar. A LM é responsável pela Listeriose, uma doença potencialmente fatal, principalmente em doentes imunocomprometidos e idosos, apresentando um espetro variável de manifestações, desde queixas gastrointestinais inespecíficas, até situações graves como endocardite ou meningite. A LM é a principal causa de meningite bacteriana em doentes sob corticoterapia (CT).
Caso Clínico: Doente do sexo feminino de 87 anos, previamente autónoma, foi internada por um quadro de Insuficiência Cardíaca Descompensada e Doença Pulmonar Crónica agudizada, tendo começado CT. Apesar de nos primeiros dias ter apresentado boa evolução, no 7º dia de internamento desenvolveu um agravamento clínico com o surgimento de febre e défices neurológicos (afasia, desvio da comissura labial para a esquerda e hemiplegia direita). Após exames complementares (hemoculturas, punção lombar e ecocardiograma transtorácico), detetou-se uma bacteriemia por LM, complicada com meningite bacteriana aguda e provável endocardite. Realizou uma Ressonância Magnética que identificou múltiplos focos isquémicos sugestivos de embolização séptica. Cumpriu 4 semanas de antibioterapia com Ampicilina, com melhoria clínica ligeira, mas manteve défices neurológicos.
Discussão: A Listeriose é uma entidade que deverá ser tida em conta na população idosa, imunodeprimida e sob corticoterapia que apresente clínica infeciosa e alterações neurológicas. O consumo de carnes cruas, de vegetais mal lavados e de lacticínios não pasteurizados é o principal meio de transmissão da LM, hábitos que a doente não tinha. O diagnóstico é feito pelo isolamento da LM em culturas de líquidos corporais estéreis, tal como foi efetuado. A ausência de manifestações clínicas e de um contexto epidemiológico sugestivos, para além da introdução da CT e da idade da doente, atuaram de forma sinérgica acabando por criar um ambiente propício à disseminação sistémica da LM.

P n.º 1888

Síndrome Millard-Gubler – A propósito de um caso clínico

TERESA MARTINS MENDES(1);Francisco Pombo(1);Sofia Garcês Soares(1);Marta Dalila Martins(1);Ana Filipa Silva(1);Bárbara Silva(1);m. Carolina Seabra(1);André Paupério(1);Filipa Leal(1);Liliana Torres(1);Helena Vilaça(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar Tamega e Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Síndrome Millard-Gubler é um síndrome alterno do tronco que se caracteriza pelo comprometimento do VI e VII pares cranianos ipsilaterais e alterações piramidais contra-laterais, pelo acometimento da região ventral pôntica. Em doentes jovens ocorre frequentemente associado a infeções, doenças desmielinizantes ou tumores; já em doentes com idade avançada ocorre mais frequentemente em contexto isquémico ou hemorrágico.
Caso clínico: Trata-se de uma mulher de 76 anos, com história de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, que recorre ao serviço de urgência por quadro ictal de tonturas, diplopia e desequilíbrio para a esquerda. Ao exame neurológico apresentava parésia facial periférica direita, limitação na abdução do olho direito, queda em pronação do braço esquerdo e babinsky à esquerda.TC crânio sem alterações agudas. Já no internamento, realizou ressonância magnética que revelou lesão isquémica aguda adjacente ao pavimento do IV ventrículo, em topografia ventral pôntica paramediana à direita. Atendendo ao contexto clínico, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, holter 24h, doppler dos vasos do pescoço e ecocardiograma sem alterações, assumido enfarte em contexto de doença de pequenos vasos, pelo que teve alta sob antiagregação plaquetar e estatina de alta potência.
Discussão: Destaca-se o caso pela raridade e necessidade de um exame neurológico detalhado para suspeitar de lesão nesta localização de forma a guiar o estudo etiológico.

P n.º 1889

A COVID-19 e o coração: uma relação conflituosa

Sara Magalhães(1);Agnieszka Czajkowska(1);Maria Carlos(1);Sara Dias(1);Jorge Fernandes(1);Ana Catarina Rodrigues(1);Ana Lladó(1);Madalena Vicente(1);Anna Taulaigo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A miocardite associada a COVID-19, cuja real incidência continua desconhecida, apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, desde doentes assintomáticos do ponto de vista cardíaco até ao choque cardiogénico ou à morte súbita cardíaca. Apesar de terem sido relatados numerosos casos suspeitos de miocardite associada a COVID-19, apenas uma pequena percentagem foi confirmada histologicamente. Apresenta-se o caso de um homem de 27 anos de idade, com asma e tabagismo ativo, não vacinado contra a COVID-19. Recorre ao Serviço de Urgência por febre, cansaço para médios esforços, tosse produtiva e cefaleias com 3 dias de evolução com autoteste SARS-CoV-2 positivo. Negava qualquer outra sintomatologia, nomeadamente palpitações, dor torácica ou dispneia. Objetivamente encontrava-se hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória ou qualquer outra alteração. Analiticamente, apresentava aumento dos marcadores de necrose miocárdica com uma troponina I cerca de 42 vezes superior ao limite superior do normal (Troponina I 1424,7 pg/mL), parâmetros inflamatórios negativos e NT- proBNP no limite superior do normal (121,0 pg/mL). Eletrocardiograma e radiografia do tórax sem alterações. Por constrangimentos impostos pelo contexto epidemiológico e dada a estabilidade clínica, não foi realizado ecocardiograma transtorácico no serviço de urgência. O doente foi internado com o diagnóstico presuntivo de miocardite associada a COVID-19, para vigilância clínica e analítica, tendo iniciado terapêutica cardioprotetora com IECA e beta bloqueador. Apresentou boa evolução clínica com descida consistente dos marcadores de necrose miocárdica. Realizou estudo ecocardiográfico sem alterações estruturais de relevo com função sistólica global preservada (Fej 56%). Teve alta para domicílio referenciado para consulta externa de Cardiologia. Pretende-se com este caso ilustrar uma manifestação clínica menos frequente da COVID-19, com apresentação e evolução clínica bastantes inocentes apesar das alterações analíticas, chamando ainda à atenção para as limitações que o contexto pandémico frequentemente impõe à abordagem diagnóstico dos doentes.

P n.º 1890
Hipomagnesemia grave multifactorial
Bárbara Queiroz(1);Mariana Belo Nobre(1);Miguel Carrilho(1);Madalena Santos(1);Ryan Costa Silva(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

Introdução: Os défices nutricionais são comuns na enfermaria, sendo que a hipomagnesemia ocorre em cerca de 12% dos doentes, podendo ser secundária a múltiplas etiologias nomeadamente desnutrição, iatrogenia medicamentosa ou síndromes paraneoplásicas. Em casos graves pode ter manifestações clínicas muito diversas que interessa conhecer.
Caso clínico: Homem, 74 anos, com antecedentes de espondilite anquilosante, diabetes mellitus tipo 2 sob inibidor da DPP4 e biguanida, HTA sob IECA e tiazida e gastrite sob omeprazol. Admitido por quadro com um mês de evolução de desequilíbrio com dificuldade para a marcha e mioclonias dos membros. Concomitantemente apresentava confusão mental, parassónias, alucinações visuais com insight e hipomnesia. Neste contexto tinha sido avaliado por Neurologista, sendo medicado com levodopa/carbidopa sem melhoria. Ao exame neurológico apresentava mioclonias simétricas e estimulossensíveis da face, língua e dos quatro membros. Marcha instável pelas exuberantes mioclonias desencadeadas pela marcha e hiperreflexia. Realizou TC-CE que não mostrou alterações de relevo. Assumindo-se a hipótese de etiologia metabólica foi realizada avaliação laboratorial que documentou hipomagnesemia grave (0.4mg/dL), tendo realizado reposição com melhoria paulatina dos movimentos involuntários, alucinações e alterações da memória, permitindo o retorno ao seu estado basal, com recuperação completa da autonomia prévia.
Discussão: A hipomagnesemia pode ter diversas causas e quando significativa pode acompanhar-se de manifestações potencialmente graves, nomeadamente quadros neurológicos semelhantes a síndrome de encefalopatia posterior reversível. A correcta avaliação da etiologia subjacente é fundamental para que possam ser tomadas medidas que evitem a perpetuação da noxa. Neste caso em particular considerou-se que a etiologia seria multifactorial, relacionada com terapêutica com diurético tiazídico, inibidor de bomba de protões e diabetes descompensada.

P n.º 1894

Alteração do comportamento - a importância do diagnóstico diferencial

TERESA MARTINS MENDES(1);Francisco Pombo(1);Sofia Garcês Soares(1);Ana Filipa Silva(1);Bárbara Silva(1);m. Carolina Seabra(1);André Paupério(1);Liliana Torres(1);Filipa Leal(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A alteração do comportamento é frequentemente consequência de doenças sistémicas, nomeadamente infeções, como por exemplo do trato urinário ou respiratório a condicionar o delírium. Em doentes mais idosos esta manifestação é ainda mais frequente pela baixa reserva neurológica, sendo assim mais vulneráveis.
Caso clínico: Trata-se de uma doente de 89 anos, parcialmente dependente nas atividades de vida diárias, com cognição preservada, que é trazida à urgência por quadro, com vários meses de evolução, de alterações cognitivas e prostração progressiva interpretadas pelo médico assistente como síndrome demencial em progressão. É admitida na urgência neste contexto, encontrando-se lentificada, desorientada no tempo e espaço, com bradicardia sinusal (40bpm) e sinais de hipervolémia. Analiticamente a destacar: NT-Pro BNP 4710pg/mL, bicitopenia de novo (anemia 10g/dL e trombocitopenia 116.000), TSH 393uUI/mL e T4L indoseável, sem outras alterações de relevo, nomeadamente elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos. Internada com o diagnóstico de coma mixedematoso. Do estudo etiológico, assumido contributo iatrogénico (doente medicada com amiodarona por fibrilação auricular) e tiroidite (objetivada em ecografia da tiróide). Evolução favorável durante o internamento sob levotiroxina endovenosa e corticoterapia, com recuperação do quadro confusional.
Discussão: Destaca-se o caso pela importância do diagnóstico diferencial em doentes que se apresentam com alteração do comportamento, nomeadamente em doentes com idade avançada, pelo impacto na estratégia terapêutica, com possibilidade de reversão do quadro.

P n.º 1897
AFINAL NÃO ERA NEOPLASIA

Juliana Carneiro(1);Renato Gonçalves(1);João Pereira(1);Ana Patrícia Silva(1);Joana de Matos Coelho(1);Bruno Ferreira(1);Lúcia Jardim(1);Carla Gonçalves(1);Ana Rita Elvas(1);Leopoldina Vicente(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A anemia corresponde a uma redução da quantidade de glóbulos vermelhos e pode ser multifatorial. A história clínica detalhada e o estudo complementar dirigido identificam, geralmente, a causa da mesma.
Sexo menino, 86 anos, antecedentes pessoais de sindrome metabólico, fibrose pulmonar e hipotiroidismo, medicada em conformidade. Recorre ao serviço de urgência por anemia microcítica e hipocrômica grave identificada em controlo analítico realizado previamente por queixas de cansaço. Apresentou episódio único de vômito escuro, sem perdas hemáticas objetivadas, e, ocasionalmente, queixas de dor torácica tipo cólica. Do estudo complementar realizado em internamento a destacar anemia ferropénica, enzimologia cardíaca normal, sem alterações a nível do ECG, ecografia abdominal e colonoscopia. Endoscopia digestiva alta com “volumosa hérnia do hiato mista, a condicionar tortuosidade acentuada do lúmen (possível volvo gástrico crónico) e dificuldade na progressão até ao piloro”, com sugestão de realização de TC toraco-abdominal para exclusão de hérnia do tipo 4. O estudo citado previamente revelou a existência de “volumosa hérnia do hiato”, com ansas intestinais e grande parte do estômago no conteúdo herniário. A data da alta, clínica e analiticamente melhorada, foi orientada para consulta de Cirurgia Geral para avaliação da necessidade de correção cirúrgica.
A hérnia do tipo IV é uma complicação reconhecida da dissecção cirúrgica do hiato, como ocorre durante procedimentos antirrefluxo, esofagomiotomia ou gastrectomia parcial, no entanto, acerca da doente em questão não havia informações acerca desse antecedente. A anemia, neste caso, ocorre por sangramento, apesar de pouco frequente, por ulceração gástrica, gastrite ou erosões (lesões de Cameron) dentro da bolsa herniária encarcerada.

P n.º 1899

Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível

Amanda Fernandes(1);Nuno Vieira e Brito(1);Ana Teresa Boquinhas(1)
(1) Hospital CUF Tejo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (SVCR) manifesta-se por cefaleia severa de início súbito, com ou sem outras manifestações neurológicas no contexto de vasoconstrição segmentar difusa de artérias cerebrais. Apresentamos 2 casos clínicos que revelam diferentes manifestações desta síndrome. O primeiro caso é de uma mulher de 46 anos com episódios de cefaleia intensa de início súbito associada a picos hipertensivos e visão turva. Inicialmente colaborante e orientada, evoluiu com agitação psicomotora, hemianópsia/agnosia visual esquerda e hemiparésia direita de carácter flutuante. A tomografia computorizada crânio-encefálica (TC-CE) não revelou alterações agudas. A ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) revelou focos de hipersinal em T2 subcorticais bihemisféricos cerebrais, sem sinais de isquémia aguda. A angiotomografia computorizada (Angio-TC) mostrou irregularidade do calibre das artérias cerebrais médias e anteriores, particularmente à esquerda. Sob nimodipina, obteve-se controlo gradual da pressão arterial, cefaleias menos frequentes e progresso na reabilitação motora à direita ao longo do internamento. O segundo caso é de uma mulher de 59 anos com queixas de cefaleia de início súbito e hipertensão no contexto de stress. Apresentava-se hipertensa e sem sinais neurológicos focais. A TC-CE não revelou alterações agudas e a Angio-TC mostrou redução multifocal do calibre do segmento distal das artérias cerebrais médias e cerebrais anteriores e posteriores. Foi iniciada terapêutica com nimodipina, admitindo o diagnóstico de SVCR. A RM-CE realizada posteriormente revelou pequenos focos de hipersinal em T2 dispersos pela substância branca subcortical bihemisférica e a angioressonância mostrou regular permeabilidade dos grandes eixos arteriais da base do crânio, não se definindo a irregularidade de calibre previamente notada, representando provável reversão do vasopasmo. O reconhecimento crescente desta síndrome é essencial para o seu diagnóstico e início de medidas terapêuticas durante a fase aguda. Destacamos a importância dos estudos angiográficos para o diagnóstico de SVCR. São necessários mais estudos para melhor caracterizar os mecanismos subjacentes e tratamento eficaz.

P n.º 1901

Miocardite no jovem com febre e odinofagia

Sónia Reis Santos(1);Vera Marinho(2);Francisco Gonçalves(1);Professor Dr. Lino Gonçalves(1);Nelson Domingues(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Pediátrico de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A miocardite representa uma inflamação do músculo cardíaco cuja real prevalência não é conhecida atendendo à apresentação subclínica ou inespecífica de muitos doentes. Quanto à sua etiologia, surgem múltiplas causas de origem infeciosa (cujos vírus representam a maioria dos casos) e não infeciosa.
Caso Clínico: Homem de 22 anos sem antecedentes pessoais de relevo. Admitido por quadro de precordialgia súbita e intensa com irradiação para o MSE com uma cerca de 1hora de evolução associada a pico febril isolado sem outra sintomatologia focalizadora na avaliação inicial. ECG sem alterações sugestivas de isquemia miocárdica, mas com elevação da troponina sérica. Internado para vigilância e estudo complementar com a suspeita diagnóstica de Miocardite Aguda. Em D1 de Internamento fez Angio-TC coronária sem evidencia de lesões. Sem recorrência da precordialgia desde D1 com a terapêutica instituída e perfil descendente de hsTNI (pico máximo de 3864g/ml) mas com elevação gradual das enzimas de citocolestase hepática. Manteve pico febril isolado com TT máxima de 38.2ºC até D2 de internamento, momento em que inicia quadro de odinofagia e adenopatia submandibular. Colocada a hipótese de mononucleose infeciosa, confirmada serologicamente. Fez ecografia abdominal com ligeira esplenomegalia, mas sem rebate na morfologia hepática.
Conclusão: O vírus Epstein-Barr é o principal agente etiológico da mononucleose infeciosa. Apesar de maioritariamente ser caracterizada por um curso benigno necessitando de terapêutica de suporte, pode associar-se a complicações graves que devemos ter em conta tais como a rotura esplénica ou ao desenvolvimento de distúrbios linfoproliferativos.

P n.º 1905

Acidente vascular cerebral ou disfunção de shunt ventrículo-peritoneal ?

Diogo José Batista de Brito Canudo(1);João Figueira(1);Ana Tenreiro(1);João Barros(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A disfunção do shunt ventrículo-peritoneal (SVP) apresenta-se frequentemente com sinais de hidrocefalia aguda como sonolência, cefaleia e vómitos. Uma apresentação indolente com sinais focais é rara. No entanto, pode existir quando a disfunção é intermitente ou de baixa pressão. A detecção de disfunção SVP é vital, uma vez que a hidrocefalia pode evoluir com coma e morte. Caso clínico: mulher, 62 anos, com antecedentes de rotura de aneurisma da artéria basilar com hemorragia subaracnoideia e hidrocefalia com necessidade de cirurgia e colocação de SVP há 13 anos. Levada ao serviço de urgência por quadro com 6 dias de evolução de alteração do discurso, confusão mental e desequilibrio na marcha. À observação: desorientação temporo-espacial, afasia global e discurso repetitivo. Analiticamente sem alterações. Tomografia computorizada (TC) de crânio: cateter de drenagem ventricular bem colocado, sem lesão isquémica ou hemorrágica aguda, proeminência do sistema ventricular supratentorial. Após confrontação com TCs anteriores concluiu-se não existir agravamento significativo - sem hidrocefalia aguda. Admitiu-se provável acidente vascular cerebral (AVC) subagudo, pelo que a doente foi admitida na Unidade de AVC. Posteriormente, realizada ressonância magnética (RM) de crânio que revelou ausência de sinais de lesão isquémica aguda e moderado alargamento do sistema ventricular supratentorial, não se podendo excluir sinais de transudação ependimária de líquor. Colocada a hipótese de hidrocefalia aguda por disfunção de SVP. Rediscutido caso com a neurocirurgia que procedeu à explantação do antigo SVP e implantação de novo sistema SVP, com posterior melhoria clínica e resolução do quadro neurológico. Discussão: No decorrer do estudo de etiologia, sem evidência de lesão vascular aguda e sem outra causa metabólica, a hipótese de hidrocefalia secundária a disfunção do SVP deve ser exaustivamente excluída, nomeadamente por RM, sobretudo quando a TC é pouco sugestiva. O tratamento é cirúrgico.

P n.º 1916
Lesão renal aguda: os suspeitos do costume?
Carlos Grijó(1);Isabel Correia de Brito(1);Marisa Carvalho Couto(1);Marta Patacho(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças renais

A lesão renal aguda (LRA) é uma patologia frequentemente vista a nível hospitalar e caracteriza-se por um declínio abrupto da função renal, normalmente reversível. Classicamente dividida em causa pré-renal, intrínseca ou pós-renal, o seu tratamento deve estar de acordo com a sua etiologia. O caso apresentado remete para um doente que se apresentou com LRA cuja causa não é frequente mas que deve motivar a atenção dos clínicos. Sexo masculino, 43 anos, com antecedentes de diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão e tabagismo, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por um quadro com 24 horas de evolução de anúria. O doente apresentava dor nos quadrantes abdominais inferiores há cerca de três dias tendo-se automedicado com diclofenac 75mg. De destacar história de abuso da ingestão de álcool e consumo de cocaína previamente ao início do quadro. Negava dor lombar, hematúria, urina espumosa ou outros sintomas. No SU encontrava-se hemodinamicamente estável e sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente objetivada LRA, com creatinina sérica de 9.92mg/dL e ureia 159mg/dL, sem alterações iónicas, e padrão citocolestático sem hiperbilirrubinemia. A ecografia renal revelou rins de dimensões normais com aumento da ecogenecidade renal bilateralmente, sem outros achados. O doente ficou internado com diagnóstico de LRA KDIGO 3 anúrica e iniciou terapêutica de substituição da função renal (TSFR) por hemodiálise. A etiologia da LRA foi atribuída a necrose tubular aguda no contexto de consumo de cocaína em doente medicado com iECA e AINE. Realizou biópsia renal, que confirmou hipótese diagnóstica. Após dez dias, o doente teve alta com recuperação da função renal e sem necessidade de TSFR. Apesar de a LRA ser frequente na prática clínica, este caso destaca-se pela sua gravidade e pela rápida recuperação de função renal, tal como relembra a importância do reconhecimento atempado e suspensão de substâncias nefrotóxicas.

P n.º 1923

Neurotoxicidade por Lítio: A propósito de um caso clínico

Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A intoxicação por Lítio trata-se de uma entidade clínica causadora de elevada morbilidade. As sequelas persistentes de neurotoxicidade apresentam-se como efeito adverso que exige elevada suspeição clínica. Este fármaco é usado amplamente no tratamento da doença bipolar, exigindo monitorização pela janela terapêutica estreita.
Caso clínico: Mulher, 77 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial Essencial, Diabetes Mellitus tipo 2 e Perturbação Bipolar tipo 1, medicada com lítio e com seguimento em Psiquiatria, é admitida no serviço de urgência por agitação, desorientação e alucinações visuais. Ao exame objetivo com discurso confuso, GCS de 14 sem outros défices. Analiticamente com acidemia metabólica com anion gap normal e ureia de 148 mg/dL, creatinina de 6.35mg/dL e lítio de 1,9 mmol/L (níveis terapêuticos 0,8 – 1,2 mmol/L). Excluídas causas vasculares ou expansivas cerebrais e infecciosas. Ionograma e função tiroideia sem alterações. Admitiu-se Lesão Renal Aguda induzida por Lítio, ainda sem indicação para remoção extracorporal do lítio por Hemodiálise, pelo que iniciou fluidoterapia vigorosa. Após terapêutica instituída, evoluiu para creatinina de 1,54 mg/dL, lítio com níveis terapêuticos e clinicamente com melhoria do estado neurológico. Observada pela psiquiatria e, sendo uma doente com elevado risco de toxicidade, teve alta com seguimento pela especialidade.
Discussão: Apesar do mecanismo biológico desta entidade ser desconhecido, pensa-se que ocorre desmielinização em vários locais do Sistema Nervoso Central. A neurotoxicidade por lítio pode permanecer apesar da suspensão do fármaco, manifestando-se por alterações extra-piramidais, demência, disfunção cerebral e cerebelosa após o período tóxico. Apesar da sua utilização comum no tratamento da doença bipolar, os autores salientam a necessidade de uma monitorização frequente, de modo a evitar casos de intoxicação.

P n.º 1924

SÍNDROME DE OGILVIE COMPLICADA – RELATO DE UM CASO

Ana Raquel Soares(1);Pedro Fiúza(1);Sofia Eusébio(1);Lourenço Cruz(1);José Sousa(1);André Conchinha(1);Sofia Cunha(1);Inês Neves(1);Valentina Tosatto(1);Paula Nascimento(1);Rita Barata Moura(1);António Mário Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução cólica aguda caracteriza-se por distensão cólica marcada na ausência de obstrução mecânica. É mais frequente em idosos com várias comorbilidades ou após trauma ou cirurgia. O risco de complicação por isquémia intestinal, peritonite ou perfuração aumenta com o grau e duração da distensão cólica.
CASO CLÍNICO: Mulher de 67 anos com história de hipertensão arterial e obesidade, admitida na enfermaria de medicina interna por acidente vascular cerebral hemorrágico sem indicação cirúrgica, desenvolveu quadro agudo de dor e distensão abdominal após a admissão hospitalar, de agravamento progressivo, com vómito fecalóide ao 2º dia. Feita tomografia computorizada (TC) abdominal que mostrou marcada distensão cólica sem evidência de obstáculo mecânico, compatível com Síndrome de Ogilvie. Apesar de iniciada antibioterapia com cefotaxima e metronidazol, dieta zero e colocadas sonda nasogástrica e retal, manteve-se a sintomatologia, pelo que foram administradas soluções de lavagem gastrointestinal, laxantes e procinéticos mas sem melhoria. Ao 10º dia, agravamento com dor abdominal intensa com defesa, tendo sido feita TC que mostrou pneumoperitoneu. Foi submetida a cirurgia constatando-se peritonite fecal com origem em perfuração do cego e sinais de isquémia do cólon direito e transverso, tendo sido realizada hemicolectomia direita estendida ao transverso e ileostomia terminal. Identificado Enterococcus faecalis em cultura de líquido ascítico, após a qual foi dirigida antibioterapia para amoxicilina/ácido clavulânico, tendo cumprido 21 dias de antibiótico, com melhoria clínica.
DISCUSSÃO: A Síndrome de Ogilvie pode, frequentemente, ser abordada de forma conservadora, no entanto a distensão continuada pode levar a perfuração intestinal que, apesar de rara, está associada a elevada mortalidade. É importante o reconhecimento atempado de casos refratários a tratamento conservador nos quais podem estar indicadas medidas invasivas para diminuir o risco de complicação.

P n.º 1926
UMA CAUSA RARA DE UMA DOR COMUM
Catarina Alves Costa(1);Sara Raquel Martins(1);Ana Reinas(1);Teresa Mendonça(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune multissistémica com reconhecido risco trombótico de etiologia multifatorial, especialmente em associação com a existência de anticorpos antifosfolipídicos.

Caso Clínico: Mulher de 46 anos, com história de LES com envolvimento de serosas, cutâneo, articular e hematológico, sob terapêutica com Rituximab. Admitida no hospital com queixas de dor na fossa ilíaca direita (FID) de início súbito, febre (38.5ºC), astenia e anorexia com um dia de evolução. Ao exame físico, encontrado um abdómen mole e depressível, doloroso à palpação profunda da FID, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente apenas elevação marcada da proteína C reativa (PCR). Realizou ecografia pélvica que identificou no flanco direito uma estrutura tubular com 12mm de calibre estendendo-se da veia renal direita até ao ovário ipsilateral, não vascularizada. Progrediu estudo com tomografia computorizada com contraste venoso que confirmou trombose da veia ovárica direita. Estudo imunológico a revelar anticorpo IgG anti-cardiolipina, anticorpo IgG anti-beta2 glicoproteína I e anticoagulante lúpico positivos, tendo sido feito o diagnóstico de síndrome antifosfolipídico (SAF). Iniciou hipocoagulação com heparina de baixo peso molecular e posteriormente antagonista da vitamina K com resolução da clínica e normalização da PCR.

Discussão: A trombose da veia ovárica é um achado incomum que ocorre principalmente no puerpério, mas também no contexto de cirurgia ginecológica ou doença inflamatória pélvica. Esta entidade pode imitar causas de abdómen agudo que devem ser excluídas pelo seu risco de morbimortalidade, mas pode também ser assintomática e por isso subdiagnosticada. Estão descritos casos raros em contexto de SAF, sendo por isso uma manifestação atípica desta patologia e necessário um alto nível de suspeição para eventos trombóticos em doentes autoimunes, de forma a que a terapêutica adequada seja iniciada de forma célere.

P n.º 1933

Tempestade Tiroideia no caminho?

Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A tempestade tiroideia é uma condição rara, mas que condiciona elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade. Na maioria dos casos existe um evento desencadeante como descompensação da Diabetes Mellitus ou um quadro infeccioso.
Caso Clínico: Mulher, 81 anos com antecedentes de Hipertensão Arterial Essencial, Diabetes Mellitus tipo 2 e Obesidade. Admitida no serviço de urgência por vómitos alimentares, prostração, confusão mental, disartria e letargia com tempo indeterminado de evoluçao. Objetivamente GCS 14, PA 150/100 mmHg, FC de 153 bpm e febril. Do estudo complementar a salientar Fibrilhação Auricular com Resposta Ventricular Rápida, acidemia metabólica, glicémia >500mg/dL com cetonemia de 6.4 mmol/L. Excluídas causas vasculares e infecciosas, manteve o estado neurológico deprimido. Tendo em conta o quadro de arritmia em doente com febre e glicémias de difícil controlo, foi pedida função tiroidea que revelou hipertiroidismo. Assumiu-se que o doente estava em tempestade tiroidea (70 pontos no score Burch-Wartofsky) e iniciou tratamento segundo as guidelines da American Thyroid Association (Metimazol, Propranolol, solução de Lugol e Hidrocortisona). Apresentou rápida melhoria clínica, com controlo da FC, apirexia mantida e melhoria do controlo glicémico. Os anticorpos anti tiroideus (anti tiroglobulina/peroxidase e Receptor de TSH) eram negativos. A ecografia tiroidea mostrou alterações compatíveis com o diagnóstico. Foi então orientada para follow-up em consulta de Endocrinologia após alta.
Discussão: Perante um quadro neurológico súbito do qual se excluem causas vasculares e infecciosas, é de importância relevante que se faça um estudo da função tiroideia, dado que a Tempestade Tiroidea pode ser uma manifestação grave, no qual uma rápida instituição terapêutica determina o bom prognóstico.

P n.º 1937
Dor não controlada ou algo mais?
Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O Linfoma de Hodgkin define-se como uma neoplasia do tecido linfoide caracterizada pela presença de células de Reed/Sternberg e /ou células de Hodgkin, sendo uma neoplasia rara, classicamente descrita como um perfil bimodal (terceira e apos sexta década de vida) e mais frequente no sexo masculino.

Caso Clínico: Mulher de 34 anos sem antecedentes, iniciou quadro de dor no ombro direito limitativa da mobilidade do membro que inicialmente foi interpretada como patologia osteoarticular. Por queixas de dor mantida, associada a sensação de edema e nodularidade a nível cervical e supraclavicular à direita, recorre ao Serviço de Urgência por manter as queixas com pelo menos 3 meses de evolução e perda de peso durante o mesmo período, estimada de 10 kilos. Objetivamente a destacar massa palpável supraclavicular à direita, com cerca de 5 cm de consistência dura, indolor e imóvel. Analiticamente com anemia normocitica e normocrómica. Tomografia do pescoço com massa so´lida de contornos irregulares, na regia~o supra e infraclavicular direita, medindo 7x5 cm, adenomegalias cervicais a` esquerda, adenomegalias mediasti´nicas em todos os compartimentos, pericentime´tricas. Tomografia abdominal e pélvica apresentando hepatomegalia homogénea, e adenomegalias abdominais superiores no territorio do ligamento gastro hepático, tronco celíaco, e retro peritoenais. Internada para estudo, realizou-se biópsia ecoguiada da lesão que confirmou Linfoma de Hodgkin, esclerose nodular (CD30+, CD15+, PAX5+fraco, EMA+, CD20-). Encaminhada a consulta de Hematologia após estadiamento para tratamento dirigido.

Discussão: Perante um quadro dor localizada não esclarecida e persistente torna-se pertinente a colheita de uma história clínica detalhada e estudo atento da origem da dor, nomeadamente se alterações locais suspeitas.

P n.º 1942

Síndrome de Wellens: um padrão eletrocardiográfico patognomónico importante de reconhecer

Ana Catarina Pina Pereira(1);Ivo Alexandre Pina(1);Carlota Lalanda(1);Sofia Salvo(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome de Wellens consiste num padrão eletrocardiográfico patológico que se caracteriza pela presença de ondas T invertidas ou bifásicas nas derivações precordiais V2 e V3, consequência de uma estenose grave da artéria descendente anterior (DA). Associa-se a história prévia de precordialgia, não se verificando, normalmente, alterações significativas dos marcadores de necrose miocárdica (MNM). A evolução natural da síndrome de Wellens, sem intervenção cirúrgica, é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) da parede anterior. Com o tratamento adequado é possível evitar este desfecho.

Caso clínico: Homem, 53 anos, história de doença coronária de três vasos e angioplastia com colocação de stent na DA em 2013, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgências por precordialgia com início durante uma caminhada, intensidade 7 em 10, sem irradiação, sem alívio com repouso ou terapêutica dirigida. Negava outras queixas. Exame objetivo sem alterações. Do estudo complementar, eletrocardiograma com ondas T bifásicas em V2-V3 e invertidas de V4 a V6, sem onda Q patológica ou supradesnivelamento do segmento ST e sem alterações dos MNM. Tendo em conta a identificação de um padrão eletrocardiográfico de Wellens, o caso foi discutido com Cardiologia, decidindo-se pelo internamento. Realizou cateterismo que revelou estenose de 99% da DA proximal, 90% da primeira diagonal e 100% da circunflexa segunda marginal. Submetido a cirurgia de revascularização coronária que decorreu sem intercorrências, mantendo-se hemodinamicamente estável, sem precordialgia no pós-operatório e com normalização das alterações eletrocardiográficas.

A síndrome de Wellens caracteriza-se por um padrão eletrocardiográfico patognomónico de obstrução da DA. O reconhecimento desta síndrome e tratamento da alteração a ela subjacente devem ser céleres no sentido de prevenir a ocorrência de um EAM da parede anterior.

P n.º 1947

Apendagite Epiplóica: um diagnóstico emergente

Manuel Pimentel Maia(1);Mariana Baptista Ferreira(1);Telma Alves(1);Fátima Silva(1);Jorge Fortuna(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Apendagite epiplóica é uma doença rara, definida pela torção e inflamação de apêndices epiplóicos, obstrução do fluxo sanguíneo e necrose ou trombose venosa e inflamação do apêndice (mais comum no rectosigmóide -57%- e íleocego -26%- e, menos frequente, cólon descendente - 2%). Os sintomas são dor abdominal nos quadrantes inferiores, febre, vómitos, diarreia e distensão abdominal. O diagnóstico é imagiológico e, normalmente, acidental, cujo tratamento é conservador, dado tratar-se de uma entidade autolimitada e benigna. A TC revela massa pericólica com densidade adiposa, espessamento peritoneal e da gordura periapendageal.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 81 anos, recorreu à urgência por febre e dor abdominal. AP: DM2, dislipidemia, IC, FA, HTA e hemorróidas; medicado habitualmente com pantoprazol, perindopril+amlodipina, NTG, rosuvastatina, ácido ursodesoxicólico, metformina, insulina e rivaroxabano. À admissão, apresentava febre, abdómen distendido, doloroso à palpação dos quadrantes direitos, sem defesa. Estudo analítico com padrão de citocolestase e PCR 20,37mg/dL. Radiografia e ecografia abdominais sem alterações. Sem identificação de foco febril, fez rastreio sético e TC abdominopélvica que revelou, adjacente ao cólon descendente, área de densidade adiposa e anel periférico denso (22x13mm), indicando apendagite epiplóica. Identificou, ainda, diverticulose do cólon descendente e sigmóide com sinais inflamatórios e vesícula biliar alitiásica com ligeiro espessamento fúndico, sugerindo adenomiomatose fúndica). Internado, sob ceftriaxone e metronidazol, verificou-se melhoria clínica e analítica. Foram admitidos os diagnósticos de diverticulite cólica, apendagite epiplóica e adenomiomatose fúndica vesicular.
Discussão: Esta é uma entidade nosológica de descrição recente, rara, de diagnóstico imagiológico, normalmente, acidental, devendo considerar-se após exclusão de causas mais comuns de dor abdominal aguda.

P n.º 1951

OFTALMOPLEGIA INTERNUCLAR: UM SINAL PECULIAR DE AVC

Sofia Osório Ferreira(1);Luís Neto Fernandes(1);Sara Silva Santos(1);Sérgio Gomes Ferreira(1);Rita Rodrigues(1);Lúcia Guedes(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: A oftalmoplegia internuclear (OIN) consiste numa alteração da oculomotricidade decorrente de lesão do fascículo longitudinal medial, localizado no tronco cerebral. Caracteriza-se pela limitação da adução do olho ipsilateral e nistagmo na abdução do olho contralateral à lesão. O diagnóstico sindromático e topográfico é puramente clínico, porém a neuroimagem e o estudo de líquido cefalorraquidiano (LCR) ajudam a definir a etiologia.
CASO CLÍNICO: Homem de 40 anos, sem antecedentes de relevo, nomeadamente sem fatores de risco vascular (FRV) conhecidos, e sem medicação habitual, recorreu ao Serviço de Urgência por diplopia binocular com 10 horas de evolução. Ao exame era evidente a desconjugação do olhar na dextroversão, com parésia da adução do olho esquerdo (OE) e nistagmo na abdução do olho direito (OD), sem outras alterações ao exame físico geral e neurológico. A tomografia computorizada (TC) e angio-TC crânio-encefálica e dos vasos do pescoço excluíram lesões vasculares agudas, oclusões de grande vaso ou estenoses hemodinamicamente significativas que motivassem tratamentos de fase aguda, identificando-se uma placa ateromatosa (<50%) na artéria vertebral esquerda. O doente ficou internado com diagnóstico de OIN esquerda, de presumível etiologia isquémica, embora pela idade e ausência de FRV não fosse possível excluir em definitivo a etiologia inflamatória. Manteve-se sempre em ritmo sinusal na monitorização eletrocardiográfica. A ressonância magnética confirmou a presença de pequenas lesões hiperintensas em T2, de provável etiologia isquémica, não conseguindo, no entanto, excluir uma etiologia inflamatória, pelo que realizou estudo de LCR e estudo sérico imunológico, ambos negativos. Teve alta após uma semana, parcialmente recuperado, mantendo ligeira diplopia na dextroversão, com limitação parcial da adução do OE, mas já sem nistagmo no OD, e medicado com dupla antiagregação durante três meses e estatina de alta dose.
DISCUSSÃO: A diplopia binocular tem um vasto diagnóstico diferencial e obriga a um exame neurológico completo. A OIN é um sinal neurológico específico e localizador ao tronco cerebral, cujas principais etiologias são as doenças vasculares e inflamatórias desmielinizantes. A identificação da etiologia é fundamental para adequar o tratamento e definir o prognóstico.

P n.º 1954

Síndrome de Paget-Schroetter? Uma trombose improvável

Ana Rita Almeida(1);Andreia Daniel(1);Yasmin Mamade(1);Célia Machado(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombose das veias profundas (TVPs) dos membros superiores representa 1 a 4% da totalidade de TVPs. A sua etiologia pode ser primária em associação com esforço físico intenso - Síndrome Paget-Schroetter – ou secundária a condições prótrombóticas, como trombofilias, gravidez ou malignidade.
Caso clínico: Sexo feminino, 28 anos, técnica de cardiopneumologia, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, medicada com contracetivos orais combinados (COCs).
Recorreu ao Serviço de Urgência por dor na região cervical direita, de características mecânicas, com quatro dias de evolução. Descreveu início de sintomas após várias horas de trabalho, com desenvolvimento de edema do membro superior direito. Negou trauma e outros sintomas, como síncope, dispneia ou toracalgia.
À admissão, a realçar exuberante circulação venosa do membro superior direito. Analiticamente, com leucocitose 14380/uL, D-Dímeros 0.95 mg/L (N <0.5) e proteína C reativa de 3.02 mg/dL. Restante estudo analítico normal, incluindo beta-HCG, INR e aPTT.
A Angio-Tomografia (Angio-TC) cervicotoracácica confirmou trombose das veias subclávia, axilar e cefálica direitas e foi iniciada enoxaparina terapêutica. Realizou ecocardiograma e Angio-TC abdominopélvica, normais
Foi ponderado o diagnóstico de Síndrome Paget-Schroetter, em associação com esforço físico laboral, porém, no estudo de causas secundárias foi objetivada diminuição do nível de antigénio e atividade da proteína S (45% e 43%, respetivamente), fazendo o diagnóstico desta trombofilia. Foi excluído síndrome do anticorpo antifosfolípidico e outras trombofilias. Aconselhou-se suspensão de COCs, manutenção de hipocoagulação e repetição de estudo após fase aguda.
Discussão: A TVP do membro superior é rara e a sua presença obriga à investigação de causas secundárias, como o défice de proteína S. Neste caso, é provável que a trombofilia, o esforço laboral e a toma de COCs tenham contribuído para o desenvolvimento de TVP em localização atípica.

P n.º 1959

Cardiomiopatia de Takotsubo - um diagnóstico a excluir na alteração neurológica aguda

Luísa Dornelas(1);Diogo Lopes, Ana Sá, Vanessa Palha, Mauro Pereira, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A cardiomiopatia de Takotsubo (CT) é uma disfunção cardíaca transitória, que mimetiza o enfarte do miocárdio, potencialmente fatal, mais prevalente em mulheres pós- menopáusicas. É tipicamente causada por eventos agudos de stress psicológico e/ou físico. Os eventos neurológicos agudos foram já descritos como factores precipitantes da CT.
Caso clínico: Mulher de 50 anos, com Doença Bipolar em tratamento, trazida ao Serviço de Urgência por crise tónico-clónica generalizada de novo e pico febril prévio, isolado. Do estudo realizado, foram excluídas lesões neurológicas de novo, intoxicação medicamentosa e existência de foco infeccioso, incluindo sistema nervoso central. Apresentava elevação discreta de troponina e no electrocardiograma (ECG) observava-se inversão de ondas T. No ecocardiograma observou-se depressão da função sistólica global do ventrículo esquerdo, acinésia do ápex e da metade distal das paredes lateral, anterior e posterior. Foi também realizada coronariografia, sem evidência de doença coronária significativa, diagnosticando-se CT secundária ao episódio neurológico agudo. Teve alta, mantendo seguimento em consulta externa de Cardiologia.
Discussão: A CT deve ser considerada nos doentes com eventos neurológicos agudos. Além do risco acrescido de CT nestes doentes, importa realçar que pode ser mascarada pela sonolência pós-ictal frequente e pela terapêutica anti-epiléptica e sedativa. Assim, a CT deve ser suspeitada na ocorrência de instabilidade hemodinâmica e/ou sintomatologia cardíaca em doentes com patologia neurológica aguda. Este caso ilustra a importância da realização de ECG após qualquer crise convulsiva, mesmo na ausência de sintomatologia cardíaca, evitando o subdiagnóstico e subtratamento da miocardiopatia de Takotsubo.

P n.º 1962

Malária falciparum - da doença à terapêutica: duas causas de anemia hemolítica

Andreia Curto(1);Afonso Santos(1);Mariana Silveira Ramos(1);Catarina Brás(1);Joana Eugénio Santos(1);Adelaide Serra(1);Karina Soto(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: a anemia hemolítica pode ser uma manifestação precoce da malária pela destruição eritrocitária. O artesunato endovenoso é recomendado como primeira linha de tratamento na malária grave a P. falciparum, e pode associar-se a anemia hemolítica intravascular tardia. Apresenta-se o caso de uma doente com malária grave com duas fases de hemólise intravascular.
Caso clínico: mulher de 58 anos, melanodérmica, admitida 9 dias após regressar da Guiné-Bissau por febre (41.5ºC), mialgia, lentificação psicomotora, anemia hemolítica (Hb 5.9g/dL, LDH 2100U/L), disfunção hepática, lesão renal aguda (SCr7.3 mg/dL) com parasitémia de 27%. Inicialmente tratada com doxiciclina e quinino, alterada para artesunato endovenoso pela gravidade do atingimento multissistémico. Após 48h de queda sustentada da parasitémia alterada terapêutica para arteméter e lumefantrina oral por mais 4 dias. Manteve hemólise até ao 9º dia de internamento, com Hb 7.2 g/dL e LDH 588U/L. No 21º dia de internamento registou-se re-agravamento da anemia com hemólise intravascular (Hb 5.9g/dL, LDH >1400 U/L, haptoglobina indoseável) e Coombs positivo. Após estudo etiológico, admitiu tratar-se de anemia hemolítica imunomediada associada à toxicidade tardia por artesunato. A doente iniciou corticoterapia tendo uma evolução favorável. Após 10 dias apresentava Hb 10.7g/dL, LDH 222U/L, haptoglobina e função renal normais (SCr 0.86mg/dL).
Discussão: a presença de hemólise precoce na malária associa-se a valores de parasitémia elevados. A ocorrência de hemólise tardia pode associar-se a um efeito secundário do artesunato pela eliminação de eritrócitos infectados, sendo raramente um mecanismo imunomediado, como o que se documenta. Até o presente, foram descritos apenas três casos na literatura.

P n.º 1966

Síndrome Hepato-pulmonar: complicação rara ou subdiagnosticada?

Ana Patrícia Nunes(1);Andreia Pestana(1)
(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

O Síndrome Hepato-pulmonar (SHP) consiste num quadro de hipoxemia secundária a dilatação vascular pulmonar, no contexto de doença hepática, hipertensão portal ou na presença de shunts portossistémicos congénitos. O diagnóstico é clínico. A suspeita deve ser levantada em todos os doentes com DHC conhecida que se apresentem com dispneia ou hipoxemia, mas é habitualmente abordado como diagnóstico de exclusão. Apresentamos o caso de um doente com cirrose hepática e a marcha diagnóstica que levou ao diagnóstico de SHP.

Homem, 62 anos, admitido no Serviço de Urgência por dispneia de esforço. Tinha como antecedentes pessoais relevantes cirrose hepática de etiologia alcoólica, hipertensão portal, e internamento 3 meses antes por tromboembolismo pulmonar (TEP), tendo regressado ao domicílio medicado com oxigénio (O2) suplementar a 2L/min.

Ao exame objectivo apresentava cianose labial e saturação periférica de 85% com O2 suplementar. Gasimetricamente apresentava hipoxemia (PaO2 46mmHg). Analiticamente destacava-se trombocitopenia, hiperbilirrubinémia mista e hipoalbuminémia. A radiografia de tórax revelou derrame pleural bilateral em pequena quantidade. Foi internado no serviço de Medicina Interna sendo admitidas como principais hipóteses diagnósticas infeção respiratória, neoplasia do pulmão e TEP.

No internamento realizou angio-TC de tórax que revelou aumento do calibre das artérias periféricas nos lobos inferiores, sem outras alterações. Foi levantada a suspeita de SHP e o doente iniciou terapêutica com albumina. Não foi considerado candidato a transplante. Faleceu ao 20º dia de internamento.

O SHP é considerado uma complicação rara da DHC, mas como no caso deste doente pode ser subdiagnosticada. Ressalvamos a importância do seu diagnóstico no prognóstico destes doentes. Apresenta mortalidade elevada, mas a terapêutica de suporte melhora a qualidade de vida e pode aumentar a sobrevida o suficiente para permitir o transplante hepático, que é o único tratamento eficaz.

P n.º 1968

Nem só de lesões líticas vive a neoplasia da próstata

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Baltazar(1);Catarina Gonçalves(1);Ana Cardoso(1);Paula Rocha(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
O osso é o principal local de metastização de muitos tumores, pelo que a abordagem diagnóstica de doentes com lesões ósseas implica necessariamente uma investigação para exclusão de neoplasia. As lesões ósseas de origem neoplásica apresentam um padrão característico tanto nos locais de metastização como no tipo de lesão: de osteossíntese (lesões blásticas) ou de osteólise (lesões líticas). O tumor da próstata apresenta tipicamente um padrão de metastização óssea com lesões blásticas afetando com maior incidência a coluna lombar e pélvis.

Caso clínico:
Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos sem antecedentes neoplásicos conhecidos, admitido com uma lesão vertebral lítica em D4. Por apresentar elevação do PSA, sem clínica de prostatite, realizou ressonância magnética com suspeição imagiológica, pelo que fez biópsia prostática com diagnóstico de adenocarcinoma prostático Gleason 7. A cintigrafia óssea documentou um padrão inespecífico, não habitual nas metástases de carcinoma da próstata. Por este facto, foi realizada extensa investigação, incluindo duas biópsias das lesões ósseas que excluíram causas infeciosas mas que não permitiram identificação de qualquer célula tumoral. Apesar de não ter sido identificado qualquer outro tumor primário, foi recusada radioterapia até exclusão final de causa infeciosa. Por progressão para colapso vertebral com hematoma e compressão intracanalar, foi submetido a cirurgia de fixação e descompressão, com recuperação parcial dos deficits motores.
Teve alta após início de bloqueio neurohormonal e mantém seguimento, sem identificação de novo tumor primário até à data.

Discussão:
Apesar de o padrão de metastização típico da neoplasia prostática não ser o de lesões líticas, existem vários estudos que documentam este padrão, estabelecendo portanto uma probabilidade não desprezável de ser este o tumor primário. Importa, por isso, não protelar medidas terapêuticas ou paliativas com impacto no prognóstico funcional e vital.

P n.º 1971

Insuficiência adrenal secundária e hiponatrémia: Uma causa a não esquecer!

André Assunção Costa(1);Mariana Vargas(1);Catarina Borges(1);Ana João Marques(1);Ana Graça Velon(1)
(1) Hospital Vila Real

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:
A hiponatrémia é o desequilíbrio hidroeletrolítico mais comummente encontrado na prática clínica, contudo nem sempre é fácil identificar as suas causas e tratar adequadamente. A utilização da radioterapia nos tumores da cabeça e pescoço apresenta efeitos deletérios tardios, entre os quais se incluem a hiponatrémia.
Caso clínico:
Homem de 49 anos, internado no serviço de Neurologia para investigação de défice motor crural esquerdo transitório. Dos antecedentes destacavam-se um linfoma não-Hodgkin primário do SNC submetido a radioterapia e quimioterapia (dezembro/2018 e janeiro/2019), trombose venosa cerebral (abril/2021), epilepsia desde os 14 anos de idade, infeção crónica pelo vírus da hepatite B bem como hábitos tabágicos e toxifilicos (consumo de cocaína). A medicação habitual incluía o ácido valpróico 250mg (2x/dia), modafinil 100mg (2 comprimidos/manhã), amissulpride 50mg (1x/dia), rivaroxabano 20mg (1x/dia). Na admissão ao internamento verificou-se uma natremia de 125 mEq/L com o doente euvolémico. Não se constatou resposta às medidas instituídas nomeadamente restrição hídrica e suplementação com NaCl oral (natremia mínima de 113 mEq/L). A osmolaridade sérica estava diminuída, a osmolaridade urinária era de 649 mOsmol/Kg e o sódio urinário de 23 mEq/L. A investigação laboratorial acabaria por revelar uma insuficiência adrenal secundária, provavelmente consequência da radioterapia craniana. A terapêutica com hidrocortisona foi iniciada ao 12º dia de internamento. O doente teve alta clínica com uma natremia de 134 mEq/L, referenciado a consulta de Endocrinologia para manutenção do seguimento.
Discussão/Conclusões:
A hiponatrémia crónica e refratária está muitas vezes associada a etiologias menos comuns que devem ser sempre excluídas, no contexto clínico apropriado. Pese embora possa ter uma sintomatologia frustre e ser uma causa de internamento prolongado uma investigação exaustiva é frequentemente necessária.

P n.º 1974

Um caso de linfohistiocitose hemofagocítica secundária

Carolina Teves Carreiro(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Carolina Santos(1);Maria José Pires(1);Liliia Savka(1);Hugo Félix(1);Liliana r Santos(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

A linfohistiocitose hemofagocítica (LHF) caracteriza-se pela ativação descontrolada de linfócitos T e macrófagos, com repercussão multissistémica. Pode estar associada a condições genéticas – primária – ou ser desencadeada por infeções, doenças auto-imunes ou neoplásicas – secundária.
Apresentamos o caso de uma mulher de 72 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada e carcinoma da mama direita tratado em 2008, sem evidência de recidiva. Trata-se de doente com dois episódios prévios de sépsis com ponto de partida urinário, nos três meses prévios, complicados de bacteriémia a Escherichia coli, associados a pancitopenia, interpretada nesse contexto e com mielograma sem alterações. É novamente avaliada por quadro de dor abdominal associado a vómitos, febre com temperatura máxima de 40ºC, hiperlactacidemia e hipotensão, com TC a revelar persistência de pielonefrite aguda bilateral com coleção abcedada à esquerda. Fica internada por choque séptico com disfunção respiratória, hepática e hematológica, cumprindo antibioterapia empírica. Na avaliação laboratorial, apresentava bicitopenia, com anemia (hemoglobina de 8.0 g/dL) e trombocitopenia (43 000 plaquetas/uL), hipertrigliceridemia (260 mg/dL) e hiperferritinemia (3465 ng/mL). Foi documentada esplenomegalia, com maior eixo de 16 cm. Apresentava doseamento de CD25 solúvel de 21507 pg/mL. Realizou pesquisa de neoplasia oculta, estudo genético e de doenças auto-imunes, que não se traduziu em diagnósticos adicionais. Tendo em conta a evolução favorável apenas com instituição de antibioterapia adequada, com apirexia sustentada, resolução das citopenias e da hipertrigliceridemia, e redução da ferritina, admitiu-se LHF secundária a infeção.
Mais frequentemente secundária a vírus, a LHF pode também ocorrer associada a infeções bacterianas, nomeadamente a gram negativos, Brucella ou tuberculose, ou parasitárias. Apesar da evolução favorável descrita, esta entidade, pelo risco de falência multiorgânica, necessita de instituição de terapêutica dirigida atempada carecendo de um elevado nível de suspeição clínica e investigação etiológica adequada.

P n.º 1978

Infeção por Listeria: apenas uma meningoencefalite?

Dany Cruz(1);Flávia Freitas(1);Gabriela Paulo(1);José Miguel Ferreira(1);Francisca Pereira(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO A listeria monocytogenes é uma bactéria associada a um espetro de doenças, nomeadamente infeções do Sistema Nervoso Central (SNC). Os principais fatores de risco são: gravidez, imunossupressão, Diabetes Mellitus (DM), Alcoolismo, idade superior a 50 anos e outras comorbilidades.
CASO CLÍNICO Sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, DM não insulinotratada e consumo 30 gramas álcool por dia. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre e alteração do estado de consciência. Ao exame neurológico com rigidez da nuca, sem outros sinais meníngeos ou défices focais. Analiticamente, com Proteína C Reativa e Velocidade de Sedimentação elevadas. Na TC crânio sem alterações agudas. Realizada punção lombar, com 1114 Leucócitos/uL de predomínio mononucleados e proteinorraquia (247 mg/dL), sem consumo da glicose. Iniciou tratamento empírico com Vancomicina, Ampicilina, Ceftriaxone, Aciclovir e Dexametasona. Os antigénios capsulares no Liquido Cefalorraquidiano foram negativos, foi isolada Lysteria monocytogenes e as hemoculturas seriadas foram negativas. A terapêutica foi dirigida, mantendo-se a Ampicilina. Realizada Ressonância Magnética (RM) para excluir atingimento do parênquima cerebral, a qual evidenciou achados de ventriculite. O tratamento com ampicilina foi prolongado até às 6 semanas. À reavaliação em consulta, com resolução completa da clínica, sem sequelas.
DISCUSSÃO A infeção do SNC por Listeria tem particularidades em relação às outras infeções bacterianas: o aumento de leucócitos no LCR pode ser quer por predomínio de neutrófilos quer por mononucleares e uma porção dos casos não tem consumo da glicose no LCR. Está frequentemente associada a ventriculite ou romboencefalite, que devem ser ativamente excluídas por RM, dado o seu impacto na duração do tratamento e no prognóstico.

P n.º 1979
De Meigs a pseudo Meigs
Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Melício(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
A síndrome de Meigs (SM) é uma condição rara definida pela presença de um tumor ovárico benigno associado a ascite e a derrame pleural que tipicamente resolvem após excisão da massa ovárica. Apesar da sua natureza benigna, na SM pode verificar-se também a elevação do marcador tumoral CA-125, pelo que o diagnóstico definitivo apenas pode ser feito após exclusão de malignidade na análise anatomopatológica da massa excisada. A síndrome de pseudo-Meigs (SpM) é definida de modo semelhante, pela presença de ascite e derrame pleural, mas em que a massa ovárica corresponde a neoplasia maligna.

Caso clínico:
Apresenta-se o caso de uma mulher de 90 anos admitida por ascite e derrame pleural a condicionar insuficiência respiratória. A investigação por TC documentou ascite parcialmente loculada, densificação do peritoneu e duas massas ováricas hipodensas. A ecografia ginecológica não revelou alterações no útero e documentou apenas a presença de quistos ováricos que foram classificados como benignos, com hipótese diagnóstica de SM. No entanto, perante a existência de densificação peritoneal, que apesar de não apresentar qualquer massa ou adenopatia biopsável podia corresponder a carcinomatose, foram pedidos marcadores tumorais com achado de valores elevados de CA-125 (432 U/mL) e HE4 (27.208 pmol/L). Estabeleceu-se assim diagnóstico provável de neoplasia do ovário. Perante a idade, estado funcional e comorbilidades da doente, foi decidido pela equipa médica não prosseguir com investigação invasiva da neoplasia primária. No entanto, para alívio da insuficiência respiratória foi realizada uma toracocentese cujo exame anatomopatológico do líquido colhido confirmou a presença de células de adenocarcinoma. A doente acabou por falecer por progressão da doença de base.

Discussão:
Na investigação de uma possível neoplasia do ovário, a presença de elevação conjunta dos valores de CA-125 e HE4 apresenta segundo o “Algoritmo do Risco de Malignidade Ovariana (ROMA)” elevada sensibilidade para o diagnóstico da neoplasia do ovário. Esta análise pode ser útil na distinção entre SM e SpM nos casos em que existam dúvidas acerca da bondade ou benefício de uma investigação invasiva da neoplasia primária.

P n.º 1982

Doença de Paget óssea como diagnóstico diferencial de lesões líticas

Rita J. Rodrigues(1);Cátia Faria(1);Patrícia Fernandes(1);Ana Salgueiro Rodrigues(1);Pedro Neves Tavares(1);Diana Fernandes(1);Miriam Magalhães(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A doença de Paget é caracterizada por aumento da atividade osteoclástica e osteoblástica com remodelação óssea anormal em um ou mais locais. Apesar de comum, é maioritariamente assintomática e diagnosticada incidentalmente. Este caso demonstra uma marcha diagnóstica distinta, que tem início no estudo de lesões líticas e colocando a doença de Paget como diagnóstico diferencial.
Caso clínico: Retrata-se a história clínica de uma mulher de 89 anos, parcialmente dependente, que deu entrada no SU por défice motor, parestesias e alodínia nos membros superiores. A TC da coluna cervical e lombar objetivou alterações degenerativas em C4, C5 e C6, além de lesões escleróticas em L1 e L2 e escleróticas e líticas nos ilíacos, sugestivas de depósitos secundários. Foi internada para estudo. Colocada a hipótese de neoplasia primária oculta com metastização óssea, realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou áreas de esclerose e de osteólise e padrão trabecular grosseiro na bacia esquerda e esclerose difusa do corpo vertebral L1 em possível relação com doença de Paget; sem outras alterações. A RM da coluna referia estenose grave do canal vertebral cervical com compressão medular de C4 a C6 com mielopatia espondilótica e lesões escleróticas em D12, L1 e, nos restantes corpos vertebrais, elevação do sinal em T1 e T2 em relação com substituição adiposa, considerando como mais provável a hipótese de doença de Paget. A radiografia de crânio apresentava espessamento do osso cortical e aumento das marcas trabeculares. A desoxipiridinolina urinária estava aumentada, a favor de aumento de reabsorção óssea.
Sendo o diagnóstico primariamente imagiológico e atendendo à ausência de outros achados sugestivos de neoplasia, não se prosseguiu estudo, nomeadamente com biópsia óssea. A doente teve alta medicada com bifosfonato e analgésicos, com franca melhoria sintomática.
Discussão: A abordagem do doente com lesões líticas não está bem definida, com a anamnese a conduzir-nos a marcha diagnóstica. Contudo, a doença de Paget, por não se manifestar de forma sintomática na maioria dos casos, é subdiagnosticada. Assim, importa relembrar esta patologia no diagnóstico diferencial de lesões ósseas mistas (líticas ou escleróticas), simplificando a abordagem, e evitando exames complementares de diagnóstico invasivos desnecessários.

P n.º 1983

Pancreatite aguda alitiásica: a propósito de um caso clínico

SERGIO COSTA MONTEIRO(1);Joana Martinez(1);Jéssica Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Tatiana Rodrigues(1);Andreia do Carmo Lopes(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A hipertrigliceridemia é uma etiologia bem estabelecida de pancreatite aguda sendo que o seu reconhecimento precoce é essencial para orientar a terapêutica e prevenir eventos subsequentes. Os autores apresentam o caso de um homem de 34 anos, fumador, magro, sem outros antecedentes pessoais, com história familiar de hipercolesterolémia, que recorre ao SU por dor epigástrica de início súbito, sem fator desencadeante, de alívio ou agravamento. Sem outra sintomatologia. Ao exame objetivo com desconforto à palpação da região epigástrica e hipocôndrio direito, sem sinais de defesa ou irritação. Sem outras alterações. GSA sem alterações. Hb 17.4 g/dL e Ht 48.7%. Pseudohiponatrémia. Amilase e lipase normais. Sem alteração das bilirrubinas, enzimas de citocolestase, função renal, função tiróideia e cinética do ferro. Sem hipoalbuminémia. Sem hipercalcémia. Colesterol (C) total 969.8 mg/dL, CHDL 230.6 mg/dL, CLDL 107 mg/dL e triglicerídeos >1100 mg/dL. Hemoculturas negativas. RX abdómen sem alterações. Ecografia abdominal com fígado esteatósico, vesícula biliar alitiásica e edema do arco duodenal, com densificação da gordura regional. TAC-abdominal com pâncreas globoso, heterogeneidade estrutural na região cefálica e processo uncinado, densificação da gordura circundante, líquido envolvente e área de espessamento parietal na região do antro. Feito o diagnóstico de pancreatite aguda paraduodenal não complicada, alitiásica e secundária a hipertrigliceridemia. Score de Ranson de 1 na admissão, mantendo-se às 48h. Sem critérios para plasmaférese, tendo iniciado dieta zero e tratamento de suporte. Evoluiu favoravelmente durante o internamento, com resolução das alterações laboratoriais documentadas (Hb 13 g/dL e Ht 40% à data de alta) e com tolerância à introdução de dieta hipolipidemiante. Teve alta assintomático, medicado com gemfibrozil 600mg 2x/dia, alteração da dieta (com restrição total de gorduras) e orientado para consulta de Medicina Interna. Os autores apresentam este caso para relembrar que a hipertrigliceridemia é uma etiologia bem estabelecida e cada vez mais frequente de pancreatite aguda alitiásica. Nestes casos a amilase sérica pode ser normal (interferência na calorimetria) contudo, a não elevação da lipase, como documentada no presente caso clínico, continua a ser um fenómeno raro.

P n.º 1994

Mononucleose infeciosa: o que parece, é.

Mariana s. r. Costa(1);Fernanda Almeida(1);Célia Maia Cruz(1);Duarte Nuno da Silva(1);Flávia Faria(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A mononucleose infeciosa é uma doença linforreticular proliferativa autolimitada causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Este agente transmite-se através do contacto com secreções salivares e tem um período de incubação de quatro a oito semanas. A tríade clássica de febre, faringite e adenomegalias deve incluir, no diagnóstico diferencial, a infeção a EBV.
Caso clínico: Um jovem de 23 anos, com história de gonorreia tratada há um ano, foi admitido por quadro de seis dias de evolução caracterizado por febre, cefaleias, exantema maculopapular na região palmar e glande, astenia e anorexia. Teria tido odinofagia transitória duas semanas antes. Ao exame físico, foram objetivadas adenomegalias supraclaviculares e inguinais direitas e hepatomegalia dolorosa; analiticamente, com linfocitose e elevação das transaminases, sem outras disfunções. A tomografia toraco-abdominopélvica confirmou hepatosplenomegalia e, no esfregaço de sangue periférico, foram detetadas variantes de linfócitos. Perante o quadro sugestivo de mononucleose infeciosa, prosseguiu-se com estudo serológico para EBV que, numa avaliação inicial, foi negativo. No entanto, após exclusão exaustiva de outros agentes, impôs-se nova colheita num intervalo de 3 semanas, que revelou IgM e IgG contra o antigénio do capsídeo viral (VCA) positivas. Assim, confirmou-se o diagnóstico de mononucleose infeciosa. O doente apresentou boa evolução clínica, com resolução das queixas e normalização do perfil hepático.
Discussão: Os anticorpos IgM EBV VCA encontram-se geralmente presentes desde o início da clínica, pelo longo período de incubação deste vírus. Seria de esperar que o seu primeiro doseamento neste doente fosse positivo, o que não se verificou. Excluídos todos os outros possíveis agentes etiológicos e perante um elevado índice de suspeita, torna-se rentável a reavaliação serológica, já que a deteção atempada desta entidade clínica evita a realização de exames e tratamentos fúteis.

P n.º 1997

Bacteriemia primária por Listeria monocytogenes – um caso clínico

Miguel Tomás Rodrigues(1);Beatriz Mendes(1);Catarina Pohle(1);Ana Correia Matos(1);Diana Pedreira(1);Filipa Carrega(1);Filipa Silva(1);Manuela Fera(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A maioria dos adultos saudáveis não desenvolve doença após infeção por Listeria monocytogenes, mas idosos ou doentes imunodeprimidos podem desenvolver infeções graves como sépsis, meningite ou encefalite, com mortalidade até 30%.
Apresenta-se o caso de um homem de 84 anos com história conhecida de alcoolismo e a residir em condições precárias de higiene, admitido no Serviço de Urgência após ter sido encontrado caído no domicílio. Ao exame objetivo apresentava-se vigil, com mau estado geral, farfalheira audível com secreções abundantes e SpO2 98% sob O2 a 4L/min; auscultação pulmonar com roncos e fervores bilateralmente. Da avaliação analítica destacava-se hipoxemia, elevação dos parâmetros inflamatórios e teste SARS-CoV-2 positivo. A radiografia de tórax apresentava hipotransparência da base pulmonar direita. Admitindo-se infeção por SARS-CoV-2 com sobreinfecção bacteriana a condicionar insuficiência respiratória hipoxemiante, foi iniciada corticoterapia e antibioterapia empírica com Ceftriaxone e Azitromicina. Durante o internamento verificou-se melhoria do quadro respiratório, mas picos febris de repetição, agravamento progressivo da prostração e parametros inflamatorios em rampa ascendente, pelo que foram colhidos exames culturais e efectuada Punção Lombar para avaliar eventual envolvimento infecioso do Sistema Nervoso Central. Após isolamento de L. monocytogenes em duas hemoculturas, admitiu-se bacteriemia primária por listeria, tendo sido alterada antibioterapia em curso para Ampicilina e Gentamicina. Os exames culturais do Líquido Cefalorraquidiano revelaram-se estéreis.
A bacteriemia primária por Listeria monocytogenes é rara, cursando muitas vezes com febre sem sinais e sintomas localizados, o que a torna um desafio diagnóstico. A idade e o alcoolismo, aliados ás condições precárias de higiene da habitação e provavelmente do armazenamento e preparação de alimentos, tornavam este doente um indivíduo vulnerável com alto risco de desenvolvimento de listeriose.

P n.º 2002

Doença de Lyme com Manifestações Neurológicas

Ana Rita Freire(1);Luís Duarte(1);Carolina Ramalho(1);Patrícia Alves(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A doença de Lyme ou Borreliose é uma zoonose causada pela mordedura de carraças infetadas com Borrelia burgdorferi sensu lato.
O eritema migrans é geralmente a manifestação clínica primária, podendo ser acompanhado de febre, fadiga, dores musculares e articulares. Com a evolução da doença podem também ser afetados os sistemas cardiovascular e nervoso. Além de manifestações clínicas compatíveis, os testes microbiológicos são de grande importância no diagnóstico.
Apresenta-se o caso clínico de um homem de 45 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao serviço de urgência por febre com cerca de 4 semanas de evolução. Tinha sido medicado previamente com amoxicilina/ácido clavulânico, doxiciclina e ciprofloxacina, sem melhoria. Referia lesões cutâneas compatíveis com eritema migrans.
Estudos laboratoriais demonstravam elevação dos parâmetros inflamatórios, sendo internado no serviço de medicina interna para estudo do quadro clínico e tratamento.
Durante o internamento manteve-se subfebril e iniciou um quadro vertiginoso agudo. Foi observado por otorrinolaringologia e diagnosticado com nevrite vestibular esquerda. Surgiram também lesões nos membros inferiores, cuja biópsia revelou alterações mesenquimatosas sistémicas a picada de inseto.
Posteriormente, a serologia sérica foi positiva para Borrelia spp (IgG 11.4 U/mL e IgM 37.1 U/mL).
Foi medicado com ceftriaxona durante 14 dias, com evolução favorável.
Reavaliado em consulta após um mês, apresentava melhoria sintomática e controlo analítico sem alterações.
Este é um caso interessante em que o doente apresentou manifestações neurológicas, presentes em apenas 3 a 12% dos casos de doença de Lyme.
É de salientar que o diagnóstico e tratamento deve ser realizado o mais precocemente possível para obtenção de uma boa resposta terapêutica e menor ocorrência de cronicidade ou sequelas.

P n.º 2004

Síndrome Aórtica Aguda - um desafio

Ana Lourenço Jardim(1);André Rodrigues Guimarães(1);Camila Couto(1);Helena Hipólito Reis(1);Pedro Rodrigues(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

A Medicina Interna dedica-se à integração de toda a informação de um doente, sendo muitas vezes um autêntico desafio.
Homem, 57 anos. Antecedentes de Hipertensão Arterial com história de mau controlo tensional. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar intensa, seguida de aperto retrosternal e dejeção diarreia. No SU com hiperlactacidemia, lesão renal aguda e elevação dos parâmetros inflamatórios.
Já na enfermaria, foi realizado eletrocardiograma que revelou elevação difusa de ST em várias derivações, e documentou períodos paroxísticos de fibrilhação auricular (FA). Por se apresentar febril e ter ligeira elevação dos marcadores de necrose miocárdica, iniciou aspirina e colchicina na presunção de miopericardite. Pela FA, foi iniciada também hipocoagulação e beta-bloqueante. Por não apresentar melhoria clínica, iniciada antibioterapia empírica para eventual pielonefrite, sem melhoria.
Ao 7º dia de internamento, realizou angiotomografia computorizada do tórax, que revelou calcificação ateromatosa da aorta, com sinais de pequenas úlceras perfurantes ateroscleróticas. Ao 11º dia foi feita ressonância magnética cardíaca, onde se deteta extenso hematoma intramural aórtico (desde a raiz da aorta até à aorta abdominal proximal) com espessura máxima de 19mm, associado a úlcera aterosclerótica penetrante na aorta descendente torácica, sinais de hemopericárdio e hemotórax, tendo sido transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios para maior vigilância. Após decisão multidisciplinar, o doente foi intervencionado pela Cirurgia Vascular e Cardiotorácica, falecendo no Bloco Operatório.
O espetro de síndrome aórtica aguda engloba variadas patologias, todas elas ameaçadoras de vida. A sintomatologia é variável e inespecífica, pelo que o seu diagnóstico poderá ser desafiante. É essencial elevada suspeita clínica por forma a antecipar terapêuticas dirigidas e evitar desfechos mortais. Tal só será possível se for efetuada uma constante integração de informação.

P n.º 2005

A MULTIPLICIDADE DE APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DE ANEMIA PERNICIOSA: UMA SÉRIE DE 3 CASOS CLÍNICOS.

Edgar Amaro(1);Marta Baião(1);Rita Relvas(1);Soraia Mendes(1);Vander Sabino(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A Anemia Perniciosa é uma doença autoimune que impede a formação do complexo Vitamina B12-Factor Intrínseco, impedindo a absorção de Vitamina B12. A prevalência é baixa. Os doentes apresentam frequentemente anticorpos anti-Fator Intrínseco (Ac.Anti-FI) e/ou anti-Células Parietais (APCA). A apresentação clínica varia, sendo os achados clássicos anemia macrocítica, icterícia e alterações neurológicas como neuropatia ou défice cognitivo. Estes doentes apresentam maior risco de neoplasia gastrointestinal, estando indicado rastreio com Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Abaixo descrevemos 3 casos diagnosticados entre março e abril de 2022.
CASOS CLÍNICOS:
CASO 1: Mulher de 38 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por fadiga com 3 meses de evolução progressiva, com episódio de síncope no SU. À observação sem achados a destacar. Analiticamente a destacar hemoglobina (Hb) 5.9g/dL, volume globular médio (VGM) 118fL, LDH 4257, plaquetas 120000/uL, Vitamina B12 76ng/L, APCA positivos (título 1000), Ac.Anti-FI positivo 48.00 UA/mL. EDA sem alterações.
CASO 2: Homem de 39 anos recorreu ao SU por epigastralgia, náuseas, vómitos biliosos e perda ponderal de 10kg. À observação, a destacar icterícia. Analiticamente a destacar Hb 7.9g/dL, VGM 111fL, LDH 2118UI/L, leucócitos 3880/uL, plaquetas 141000/uL, vitamina B12 74ng/L e Ac.Anti-FI positivo 238Ua/mL. A aguardar realização de EDA.
CASO3: Mulher de 75 anos recorreu ao SU por astenia com meses de evolução. À observação, a destacar palidez. Analiticamente a destacar Hb 3.2g/dL, VGM 130fL, leucócitos 3530/uL, LDH 2269 UI/L, plaquetas 53000/uL, Vitamina B12 76ng/L, Ac.Anti-FI positivo 80 UA/mL. EDA a revelar gastrite crónica com atividade associada a H. pylori, bem como metaplasia e atrofia glandular no corpo gástrico.
DISCUSSÃO: A apresentação clínica da anemia perniciosa varia e pode ser pouco sugestiva do diagnóstico. A existência de anemia macrocítica por défice de Vitamina B12 deverá levantar a suspeita e motivar a pesquisa de APCA e Ac.Anti-Fi.

P n.º 2006

Síndrome Poliganglionar Auto-imune tipo 2: a propósito de um caso clínico

José Pedro Oliveira Abreu Fernandes(1);Ana Rita Ramalho(1);José Teixeira Magalhães(1);Maria João Rocha(1);Ana Filipa Fernandes(1);Khystyna Fedak(1);João Porto(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
O Síndrome Poliganglionar Auto-imune (SPAI) tipo 2 caracteriza-se por duas ou mais condições endocrinológicas de etiologia autoimune.
O tipo 2 ser o SPAI mais comum, contudo trata-se de uma doença rara com uma prevalência 1:20000.

Descrição do Caso
Mulher de 38 anos enviada ao Serviço Urgência por astenia associado a hipotensão. Início dos sintomas seis meses antes com escurecimento da pele e mucosas, alterações de humor, astenia de agravamento insidioso com impacto na realização das atividades da vida diária. A doente referia ainda dificuldade em tolerar o ortostatismo e avidez por sal. Associadamente noção de débito urinário diminuído e perda ponderal de cerca de 9Kg em 6 meses.
Ao exame objetivo a doente apresentava-se hipotensa, normocárdica e sem sinais de dificuldade respiratória. Observava-se hiperpigmentação cutânea difusa, mais exuberante nas pregas palmares, áreas peri-ungueais e mucosas.
Perante os achados na anamnese e exame objetivo foi solicitado estudo endocrinológico com estudo de hormonas sexuais, tiroideias, hormona adrenocorticotrófica (ACTH), aldosterona e cortisol. Concomitantemente iniciou hidrocortisona em perfusão associado a fluidoterapia.
Do estudo hormonal a destacar ACTH 1798 pg/mL e cortisol <1 ug/dL, realizado o diagnóstico de Insuficiência Corticossupra-renal Primária (ICRP). Do estudo autoimune realizado, anticorpo anti células parietais gástricas positivo forte, anticorpo anti Fator Intrínseco positivo, anticorpo anti peroxidase tireoidiana: positivo, apesar do estudo de hormonas tireoideias ser negativo.
Dada a associação da ICRP autoimune com a tiroidite autoimune eutiroideia foi feito diagnóstico de SPAI tipo 2.
A doente apresentou evolução favorável. Mantendo seguimento na Endocrinologia com reposição hormonal.

Discussão
Descreve-se um caso de SPAI que se apresenta como hipotensão decorrente de ICRP, apesar do caracter raro desta doença o seu diagnóstico deve ser considerado aquando da abordagem do doente hipotenso.

P n.º 2007

Forâmen Ovale Patente: um caso atipicamente típico

INES FERREIRA(1);Nereida Monteiro(1);Rafael Freitas(1);Sofia Ferreira(1);Lurdes Vilarinho(1);Amanda Rey(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Foramen Ovale Patente (FOP) é uma patologia cardíaca congénita que estima-se afetar cerca de 25% dos adultos. Está altamente associado a pacientes com idade inferior a 60 anos que se apresentam com tromboembolismo pulmonar agudo e acidente vascular cerebral (AVC) isquémico mesmo que clinicamente assintomáticos.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 59 anos, ex-fumador, obeso, com dislipidemia e antecedentes de cirurgia vascular a veias varicosas no membro inferior esquerdo. Admitido no Serviço de Urgência com disartria, paresia facial central direita, hemiparesia direita e saturações periféricas de oxigénio de 90% em ar ambiente. Realizou eletrocardiograma que revelou inversão das ondas T em DIII, V1 a V4, e estudo analítico com d-dímeros de 2814.8 ng/mL. Realizou tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica que relevou enfarte lacunar talâmico esquerdo e angiografia torácica por TC que relevou tromboembolismo pulmonar bilateral. Do estudo realizado, foi detetado no ecocardiograma transtorácico um septo interauricular abaulado para a aurícula esquerda, sem shunts espontâneos aparentes e realizado teste de contraste com soro salino agitado que foi positivo, dado a favor da existência de FOP. O restante estudo imagiológico e analítico, nomeadamente pró-trombótico, não relevou outras alterações. A assimetria das pressões arteriais entre os membros inferiores e superiores também foi alvo de estudo imagiológico que não revelou estenoses arteriais com significado clínico. Medicado com hipocoagulação e antiagregação oral. À data de alta com recuperação quase total dos défices neurológicos e orientado para a consulta externa de cardiologia e medicina interna.
Discussão: Este caso demonstra a importância de realizar uma investigação etiológica detalhada. O FOP, apesar de pouco prevalente na população adulta portuguesa, deve ser considerado em doentes jovens que se apresentam com AVC isquémico sem causa evidente.

P n.º 2014
Diagnóstico de leptospirose num mundo de Covid
Sara Gomes(1);Sofia Almada(1);Rui Fernandes(1);Alexandra Malheiro(1);Miguel Santos(1);Pedro Balza(1);Ana Paula Reis(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Leptospirose é uma doença zoonótica causada por uma espiroqueta, Leptospira interrogans. Apresenta uma clínica com sintomatologia inespecífica, febre, cefaleias, mialgias, que pode variar entre assintomática até severa, podendo ser fatal.
Caso clínico: Mulher, 74 anos, autónoma nas atividades de vida diárias. Antecedentes pessoais de HTA e DM2, medicada com metformina 500mg id e lisinopril 20mg + Hidroclorotiazida 12,5mg id. Sem alergias conhecidas. Recorre ao Serviço de urgência por mialgias intensas, febre 38ºC e anorexia com 2 dias de evolução. Negou qualquer outra sintomatologia órgão associada. À admissão apresentava-se febril (temp 38,3ºC) e taquicádica (FC 102 bpm), sem outra alteração no exame objetivo. Analiticamente, pancitopenia de novo, lesão renal aguda AKIN I, rabdomiólise e PCR (322mg/dL). Teste PCR SARS-CoV-2 positivo. Radiografia de tórax com ICT aumentado e infiltrado reticular nas bases pulmonares. Foi admitida em internamento para estudo de febre inespecífica e suspeita de sobreinfeção. Realizou novos exames analíticos com culturas, tendo também sido pedida serologia para a leptospira, após referência a contacto com animais. Iniciou ATB empírica com Piperacilina e Tazobactam. Clínica evoluiu para síndrome de Weil com disfunção respiratória adicionalmente, tendo sida admitida na UCI ao 3º dia. Regressou à enfermaria ao 12º dia. Teve alta após o 20º dia e foi referenciada para consulta externa de medicina interna para reavaliação do quadro clínico.
Discussão: Os autores apresentam este caso clínico, no sentido de alertar para a importância da semiologia clínica e diagnósticos diferenciais, num mundo direcionado para o covid. A rápida transmissibilidade e a expansão mundial desta última doença incitaram uma preocupação e obsessão pela procura do diagnostico precoce do covid. Contudo é importante não descurar outras patologias com clínica sobreponível, as quais também um diagnostico precoce irá ditar o curso da doença.

Abreviaturas: HTA- Hipertensão arterial; DM2- Diabetes mellitus tipo 2; ATB- antibioterapia; FC- frequência cardíaca; PCR- proteína c reativa; ICT- índice cardiotorácico; UCI- Unidade de Cuidados Intensivos;

P n.º 2016

O ANEURISMA QUE NUNCA FOI: Um caso de Emergência Hipertensiva

Edgar Amaro(1);Marta Baião(1);Rita Relvas(1);Soraia Mendes(1);Vander Sabino(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A paresia do III par craniano pode ser classificada como isolada, quando não estão presentes outros sinais focais, ou como não isolada, quando estão. A paresia isolada do III par craniano pode ser subclassificada como completa ou incompleta, quando envolve ou não a função pupilar, respectivamente. Perante uma paresia isolada e completa do III par craniano, deve-se assumir a existência de um aneurisma cerebral até prova em contrário, dado o potencial risco de hemorragia subaracnoideia iminente.
CASO CLÍNICO: Homem de 48 anos recorre ao Serviço de Urgência (SU), por ptose à direita e diplopia oblíqua com 2 horas de evolução. À admissão, no SU, apresenta pico hipertensivo (Tensão Arterial 245/130mmHg) com parésia completa e isolada do III par craniano direito (ptose palpebral, pupila midriática arreactiva e exotropia). Nega febre e cefaleia. Durante a colheita da história clínica, apura-se que a mãe do doente terá sido diagnosticada com aneurisma cerebral aos 30 anos de idade. Nos exames imagiológicos realizados (AngioTC-CE, AngioRMN-CE e Angiografia Cerebral) não são encontrados sinais sugestivos de lesões aneurismáticas, isquémicas, hemorrágicas ou tumorais. A pesquisa de factores de risco cardiovascular (FRCV) é positiva para Dislipidemia e Hipertensão Arterial. A pesquisa de doenças autoimunes revelou somente tiroidite de Hashimoto (assintomática). O doente teve alta com medicação para controlo dos FRCV. Um mês após a vinda ao SU, mantém ligeira anisocoria do olho, e apresenta-se já sem alteração dos movimentos oculares ou ptose.
DISCUSSÃO: Apesar de se tratar de um quadro de parésia isolada e completa do III par craniano altamente sugestivo de aneurisma cerebral, sobretudo tendo em conta os antecedentes familiares, perante uma pesquisa exaustiva da etiologia que é negativa, resta-nos interpretar este défice neurológico focal como manifestação de uma Emergência Hipertensiva.

P n.º 2017

Em busca de um primário desconhecido

Sofia de Almeida(1);Rui Coelho(1);Pedro Maia Neves(1);Vital da Silva Domingues(1);Teresa Mendonça(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
As neoplasias de primário desconhecido são diagnosticadas em doentes com neoplasia metastizada sem local primário identificado. Representam cerca de 2% das neoplasias invasivas, sendo maioritariamente adenocarcinomas com etiologia nos pulmões, pâncreas, vias hepatobiliares e rins.
Caso Clínico:
Mulher de 61 anos, recorre ao serviço de urgência por náuseas, diarreia e dor abdominal em cólica com 3 semanas de evolução. Antecedentes de tabagismo ativo e bronquite crónica. À observação apresentava-se com dor abdominal difusa à palpação e Blumberg positivo. O estudo revelou elevação dos parâmetros inflamatórios com TC abdominal a revelar espessamento de longo segmento de ansa ileal. Assumida ileíte de provável etiologia infecciosa, iniciando ciclo de antibioterapia empírica.
Por agravamento progressivo da dor abdominal e parâmetros inflamatórios sustentadamente elevados, submetida a laparotomia exploradora com realização de enterectomia segmentar por isquemia intestinal, corroborada por biópsia da peça cirúrgica.
Durante o internamento a evoluir com instabilidade hemodinâmica e sinais de disfunção cardíaca direita. Ecocardiograma a revelar derrame pericárdico de grande volume com colapso das câmaras direitas. Realizada pericardiocentese de emergência com exame citológico a favorecer adenocarcinoma pulmonar.
TC de avaliação pós cirúrgica com evidência de tromboembolismo pulmonar segmentar, derrame pleural bilateral de pequeno volume e trombose parcial da veia porta. PET scan a evidenciar múltiplas adenopatias hipermetabólicas, supra e infra-diafragmáticas.
Assumido adenocarcinoma pulmonar com metastização pericárdica, pleural e ganglionar, tendo iniciado tratamento paliativo.
Conclusão:
Apresentamos um caso atípico de neoplasia de primário desconhecido, com manifestações clínicas na dependência de complicações da neoplasia, nomeadamente fenómenos trombóticos e serosites. Na presença de múltiplas complicações, mesmo que fisiopatologicamente distintas, não devemos excluir um diagnóstico integrador.

P n.º 2018

Doença Pneumocócica Invasiva, a propósito de um caso clínico

Margarida Mourato(1);Miguel Achega(1);Rui Almeida(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção por Streptococcus pneumoniae é uma causa de morte importante no mundo. A doença pneumocócica invasiva (DPI) é definida pelo isolamento de S. pneumoniae no sangue, líquido cefalorraquidiano (LCR), líquido pleural ou peritoneal, ou noutro local do organismo habitualmente estéril. Dentro dos fatores de risco para o seu desenvolvimento encontram-se o alcoolismo, doença crónica cardíaca, pulmonar, renal ou hepática, tabagismo, Diabetes Mellitus, asplenia funcional ou anatómica, imunossupressão, entre outros.
Mulher de 63 anos, caucasiana, com hipertensão arterial medicada e controlada, foi trazida ao serviço de urgência por febre, dor abdominal difusa e prostração com 24h de evolução, uma semana após ter sido submetida a miectomia uterina eletiva. Na admissão, com escala de coma de Glasgow de 9 e febril, sem outros achados a salientar, nomeadamente sinais meníngeos. A tomografia computorizada (TC) de crânio evidenciou coleções gasosas extra-axiais na convexidade temporal direita; sem complicações cirúrgicas na TC abdómen. O LCR evidenciou 824cel/microL com predomínio de polimorfonucleares, hiperproteinorraquia e hipoglicorraquia. Colocada a hipótese de meningite com ponto de partida em otomastoidite, colheu hemoculturas (HC) e iniciou empiricamente ceftriaxone, vancomicina, ampicilina e dexametasona adjuvante. Do estudo microbiológico isolou-se S.pneumoniae nas HC e no LCR, permitindo o diagnóstico de DPI com ponto de partida em otomastoidite complicada de meningite.
A DPI não deve ser excluída mesmo em doentes sem fatores de risco identificados e constitui ainda a principal causa de morte prevenível através da vacinação.

P n.º 2019
Bacteriémia a Salmonella não tifóide
Diogo José Batista de Brito Canudo(1);Ana Tenreiro(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Salmonella não tifoide é o agente bacteriano mais frequente de intoxicações alimentares nos países desenvolvidos, apresentando-se habitualmente como gastroenterite aguda autolimitada e apenas 1% das infecções entéricas a Salmonella não tifóide evoluem com bacteriémia. Caso clínico: Mulher, de 66 anos, sem antecedentes relevantes, admitida no hospital por quadro com 5 dias de evolução de febre, astenia e odinofagia, agravado, nas últimas 24 horas, por diarreia, confusão mental e discurso incoerente. Epidemiologicamente, a destacar, consumo de ovos do campo regularmente. Sem viagens recentes. À observação apresentava-se vígil, desorientada, pele e mucosas desidratadas. Apirética, taquicárdica, normotensa. Abdómen com ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso, mas mole e depressível, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratorialmente com leucocitose, neutrofilia e elevação da proteina C reactiva (43.2mg/dL). Sem outras alterações. A tomografia computorizada (TC) de abdómen revelou espessamento difuso das paredes do cólon a sugerir quadro de colite. TC de crânio sem alterações. Durante as primeiras 24h de observação evolução com períodos de confusão mental e sonolência, hipotensão e oligoanúria com necessidade de ressuscitação volémica, sem necessidade de suporte vasopressor. A doente iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. O exame bacteriológico das fezes e, mais tarde, as hemoculturas viriam a revelar Salmonella enterica spp enterica (serotipo 4,5:i:-). Alterada antibioterapia conforme antibiograma para ciprofloxacina. Melhoria clínica significativa ao final de 48h, tendo a doente posteriormente tido alta assintomática. Discussão: Este caso é particularmente interessante pois ilustra um caso raro de infecção a Salmonella não tifóide grave, com disseminação hematogénica e sépsis, numa mulher imunocompetente, causada por um agente que habitualmente apresenta manifestações gastrointestinais autolimitadas.

P n.º 2024

Atrofia de sistemas múltiplos: um diagnóstico desafiante

Sofia de Almeida(1);Rui Coelho(1);Pedro Maia Neves(1);Ana Oliveira(1);Vital da Silva Domingues(1);Teresa Mendonça(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Outro

Introdução:
A atrofia de sistemas múltiplos é um termo que designa um conjunto de síndromes neurodegenerativas raras e fatais. Em comum, partilham as manifestações clínicas, que podem incluir disfunção autonómica, parkinsonismo, disfunção cerebelosa e degeneração corticoespinhal. É uma doença incomum, cujo diagnóstico é desafiante e puramente clínico, requerendo exclusão de outras causas.
Caso Clínico:
Mulher de 50 anos internada por gastroenterite aguda, quase totalmente dependente por ataxia de etiologia desconhecida em estudo, sem outros antecedentes de relevo.
História de disautonomia com 3 anos de evolução, caracterizada por hipotensão com lipotímias frequentes, incontinência urinária e, mais recentemente, obstipação. Evolução com tremor de intenção, ataxia progressiva, disfonia e disartria.
No internamento apresentava-se com hipofonia e disartria, animia e distonia facial, com tremor em repouso, acinesia global com rigidez e, reflexos osteotendinosos preservados. Perfil tensional hipotensivo, com hipotensão ortostática constatada.
Realizado estudo extenso, a permitir excluir etiologia neoplásica, imunológica, metabólica, infecciosa e vestibular; TC crânio-encefálica a documentar ausência de lesões vasculares ou expansivas, com atrofia global, de predomínio na região infra-tentorial; RMN cerebral com evidência de atrofia simétrica do cerebelo, dos pedúnculos, da protuberância e do putámen, bilateralmente. Instituída prova terapêutica com levodopa e carbidopa sem resposta clinicamente relevante.
Assumido diagnóstico de atrofia multissistémica com componente parkinsónica, cerebelosa e disautonómica, tendo iniciado reabilitação fisiátrica e terapia da fala com melhoria discreta dos défices.
Conclusão:
Apresentamos um caso desafiante de manifestação de défices neurológicos progressivos, com afeção de múltiplos componentes do sistema nervoso, nomeadamente disautonomia, parkinsonismo e ataxia. A colheita minuciosa da história clínica e um exame objetivo completo, são fulcrais para estabelecer um diagnóstico adequado de forma rápida, por forma a permitir instituir um plano terapêutico.

P n.º 2026
Doença Crohn silenciosa.
Dra. Telma Alves(1);Manuel Maia(1);Franciso m. Almeida(1);Ricardo Ambrósio Rodrigues(1);Fátima Silva(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlita Santos(1)
(1) Hospital Geral de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal, que pode envolver qualquer área do trato gastrointestinal e/ou extra-intestinal. A maioria das vezes tem apresentação típica, com apresentação clínica, com anos de evolução, antes do diagnóstico. Existe uma condição clínica desta patologia, em que o doente não tem perceção sintomática da doença, estando associada a complicações graves – doença silenciosa.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 43 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Fumador 16 UMA. Recorreu ao SU por agravamento do quadro clínico respiratório secundário à infeção SARS-CoV-2. Concomitantemente apresentava dor nas articulações(interfalângicas proximais) das mãos e prurido nos MIs. Negava sintomas gastrointestinais, perda ponderal, astenia, febre ou sudorese nocturna. Analiticamente, com hipereosinofilia de 8x109 e um padrão de colestase hepática de novo. Realizou ecografia abdominal, onde se objetivou hepato-esplenomegalia e uma adenomegalia na porta hepatis. Foi referenciado para consulta de Medicina Interna, onde se progrediu no estudo – hipereosinofilia com hiperIgE, ECA 23 e proteínas monoclonais IgM e IgG Kapa. No estudo imagiológico: TAC abdominal verificou-se imagem de trajeto fistuloso do íleo terminal (fistulização complicada).Perante estas alterações, foi pedido AC anti- S.cerevisiae IgA e IgG e calprotectina, sendo positivos. Colonoscopia: iIleocolite crónica focal não granulomatosa e fistulização, e a anatomia-patológica das biópsias a favor de doença de Crohn. Excluindo-se ainda patologias como sarcoidose, S.hipereosinofílico, MGUS/MM e espondiloartrite. O doente iniciou tratamento com Infliximab.
Discussão: A maioria das doenças inflamatórias intestinais têm sinais e sintomas sugestivos, com atingimento multissistémico. O seu diagnóstico obriga na maioria das vezes uma alta suspeita e diagnóstico diferencial com outras patologias. Este caso, demonstra uma apresentação silenciosa de D.Crohn, que cursa com complicações graves.

P n.º 2028

Abcesso hepático: Nem tudo o que parece, é

Sofia de Almeida(1);Sandra Salgado Pereira(1);Cláudia Maria Pereira(1);Álvaro Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O abcesso hepático é a forma mais comum de abcesso visceral, tratando-se de uma complicação infecciosa pouco comum em países desenvolvidos e que, na ausência de uma boa história e suspeita clínica pode mimetizar outros diagnósticos. Constituem fatores de risco para o seu desenvolvimento a diabetes mellitus, doença pancreática ou hepatobiliar prévia, transplante hepático, uso regular de inibidores da bomba de protões e cancro colorretal.
Caso Clínico:
Apresentamos um homem de 68 anos que recorre por dor torácica pleurítica, tosse não produtiva e febre. Antecedentes de colecistite aguda litiásica a motivar colecistectomia há 17 meses, desde então com evidência em TC de 2 lesões nos segmentos hepáticos 7 e 8, provavelmente lesões císticas pós litíase complicada. À observação apresentava insuficiência respiratória (IR) tipo 1 e diminuição do murmúrio vesicular na base direita. O estudo complementar revelou elevação dos parâmetros inflamatórios com radiografia torácica a revelar hipotransparência na base direita com evidência de derrame pleural.
Com base nestes fatos, assumida pneumonia adquirida na comunidade tendo iniciado antibioterapia empírica. Por persistência da IR tipo 1 e parâmetros inflamatórios sustentadamente elevados, realizado TC Torácica que revelou derrame pleural e 2 coleções hepáticas abcedadas complicadas com derrame pleural em continuidade, posteriormente confirmadas em TC abdominal. A abordagem do líquido pleural confirmou características de exsudado e derrame pleural complicado. A drenagem e estudo microbiológico permitiram o tratamento dirigido a Enterobacter aerogenes, cumprindo 6 semanas de ciprofloxacina e metronidazol, com resolução da sintomatologia e normalização dos parâmetros inflamatórios.
Conclusão:
Apresentamos um caso atípico de apresentação de abcesso hepático, apresentando-se com clínica sugestiva de infecção respiratória. A presença de doença hepatobiliar e a manipulação das vias biliares pode aumentar o risco para a formação de abcessos hepáticos.

P n.º 2038

Autoimunidade e cancro: caso clínico de poliarterite indiferenciada e neoplasia pulmonar

Elisabete Cerqueira(1);Beatriz Riquito(1);Mariana Nunes(1);Marta Rodriguez(1);Fernando Salvador(1)
(1) Chtmad – Chaves

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Muitas doenças autoimunes estão associadas a maior risco de desenvolvimento de cancro em comparação com a população geral. A ligação entre autoimunidade e cancro é dinâmica e bidirecional. Nas doenças auto-imunes, a inflamação crónica e a sua terapêutica podem contribuir para o aparecimento e desenvolvimento de neoplasias, por outro lado, as respostas imunes anti-tumorais podem ter reatividade cruzada com tecidos do corpo, resultando no desenvolvimento de autoimunidade.
Caso clínico: C.M.F.M., sexo masculino, 45 anos, autónomo, fumador com carga tabágica de 21 UMA. Encaminhado para a consulta de reumatologia, em Agosto de 2020, por quadro clínico com 6 meses de evolução de artralgias com envolvimento das mãos, cotovelos, tibiotársicas e joelhos de ritmo inflamatório e rigidez matinal com duração de 2 horas, ligeira melhoria com a toma de anti-inflamatórios não esteroides. À observação apresentava também dor à palpação na área de inserção do tendão aquiliano. Ecograficamente confirmou-se tendinite aquiliana, sinovite de várias articulações das mãos, pés e punhos. Analiticamente: ANA 1/160 padrão homogéneo; fator reumatoide, anti-CCP, HLAB27, Ac. anti-ENA e anti-dsDNA negativos; VS 71mm/h; serologias virais negativas. Assumiu-se poliartrite indiferenciada, possível espondilartrite. Iniciou corticoterapia e metotrexato com um controlo parcial da doença. Em Abril de 2021, notados dedos em baqueta de tambor nas mãos e pés. Foi solicitado TAC tórax que revelou lesão neoformativa apico-posterior ao lobo superior do pulmão esquerdo com alguns nódulos satélites. O doente foi encaminhado para consulta de Pneumologia urgente. O estudo e estadiamento revelaram adenocarcinoma do pulmão estadio IVA com uma metástase cerebral única. O doente iniciou quimioterapia, imunoterapia e radioterapia estereotáxica da metástase cerebral, o que resultou na redução do tumor primário e da metástase cerebral. O doente foi também referenciado para cuidados paliativos.
Discussão: Neste caso, a autoimunidade e o cancro parecem estar interligados, podendo mesmo a doença autoimune se tratar de uma síndrome paraneoplasica, tendo em conta que os sintomas da doença auto-imune surgiram menos de um ano antes da doença neoplásica.

P n.º 2044

Lactococcus garvieae e a sua emergência fora da água

Dina Neto(1);Helena Greenfield(1);Marisa Simões(1);Sandra Oliveira Mendes(1);Cristina Oliveira(1);Filipe Andrade(1);Valquíria Oliveira(1);Gracieta Malangatana(1)
(1) ULSMatosinhos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A endocardite infeciosa (EI) é uma das doenças mais desafiantes da Medicina. O diagnóstico é feito por achados clínicos, ecocardiográficos e microbiológicos.
Lactococcus garvieae é um coco gram positivo, que vive essencialmente no meio aquático, e é uma das principais causas de doença nos peixes.
Infeções em humanos estão em ascenção, principalmente nos indivíduos que manejam ou comem peixe cru. A EI é a prinicipal manifestação clínica. O esquema terapêutico utilizado é o recomendado para o género Streptococcus spp. ou Enterococcus spp.
Caso clínico
Mulher de 78 anos, com antecedentes de estenose mitral reumática, substituída por válvula biológica; insuficiência cardíaca (IC), com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada (65%) e classe funcional NYHA II e fibrilhação auricular (FA). Em 12/2021 recorreu ao hospital por dispneia, astenia e palpitações, documentando-se IC descompensada agudizada em perfil quente e húmido e FA com resposta ventricular rápida com necessidade de internamento. Durante o internamento, inicio de febre e ecocardiograma transesofágico mostrou prótese mitral disfuncionante com obstrução significativa e insuficiência aórtica moderada por massas aderentes aos folhetos sugestivas de vegetação. Pela presença de cocos gram positivos não Staphylococcus nas hemoculturas, iniciou gentamicina e ceftriaxone. Sinalizada ao serviço de cirurgia cardiotorácica. Entretanto foi identificado nas hemoculturas Lactococcus garvieae, com concentração inibitória mínima baixa para o ceftriaxone e elevada para os aminoglicosídeos, pelo que a gentamicina foi substituida pela rifampicina. Agravamento clínico e resposta desfavorável do serviço de cirurgia cardiotorácica dado o elevado risco de morte intraoperatória, pelo que a doente acabou por falecer.
Conclusão
Este caso clínico demonstra o desafio da gestão da EI, e confirma a ideia que o Lactococcus garvieae se está a tornar um agente emergente.

P n.º 2059

Hemorragia espontânea de adenoma hepático – um caso clínico

Rita Aranha(1);David Alves da Costa(1);Sara Santos(1);Joana Rodrigues(1);Ana Luísa Barbosa(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: O adenoma hepático é uma lesão hepática sólida benigna, apresentando-se tipicamente como uma lesão solitária, frequentemente assintomática, mais comum em mulheres com exposição a estrogénios. A presença de múltiplos adenomas está frequentemente associada a obesidade/síndrome metabólico. Embora esta seja uma lesão benigna, existe risco de transformação maligna e de hemorragia, este último mais associado a lesões maiores de 5cm, exposição recente a estrogénios, morfologia exofítica e subtipo inflamatório.

Caso Clínico: Mulher 54 anos, com patologia osteoarticular da coluna lombar, sem medicação crónica, admitida em serviço de urgência por dor intensa no membro inferior esquerdo com sensação de mal-estar geral. À observação pálida e sudorética, hipotensão com 82/61mmHg e taquicardia sinusal com 130bpm, abdómen inocente, sem outras alterações. Analiticamente à admissão com hiperlactacidemia (2.4mmol/L), discreta anemia (11.4g/dL) e hiperbilirrubinemia (3.65mg/dL). Foi realizada tomografia computorizada abdomino-pélvica, que revelou fígado com múltiplos nódulos hipervasculares com características compatíveis com adenomas hepáticos, um dos quais no lobo esquerdo com cerca de 66mm, com componente exofítico, com sinais de hemorragia recente mas não ativa, verificando-se ainda ascite de moderado volume com sinais de hemoperitoneu. Doze horas depois verificou-se queda de cerca de 3g/dL de hemoglobina, com resolução de hipotensão e hiperlactacidemia após fluidoterapia, mas persistência de taquicardia. Por clínica compatível com hemorragia ativa, submetida a embolização transarterial através de Radiologia de Intervenção, que decorreu sem intercorrências. Teve ainda queda de hemoglobina posterior, também com provável componente de diluição. Boa evolução clínica desde então.

Conclusão: A hemorragia de adenoma hepático é uma complicação de uma lesão benigna, muitas vezes previamente assintomática, sendo mais comum em lesões maiores, dada as suas características celulares. Dada a baixa prevalência deste tipo de lesão, salienta-se a importância da suspeita clínica para um tratamento adequado e atempado.

P n.º 2060

Leshmaniose visceral em doente sob terapêutica imunosupressora

Diogo José Batista de Brito Canudo(1);Ana Tenreiro(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Leishmaniose visceral (LV) é uma infecção predominante em regiões tropicais e subtropicais. No entanto, há casos descritos em países mediterrânicos como Portugal. O ínicio dos sintomas geralmente é insidioso, semanas a meses, caracteristicamente com sintomas constitucionais, febre e esplenomegalia. A replicação dos parasitas ocorre no sistema reticuloendotelial, com cargas parasitárias muito elevadas ao nível do baço, figado e medula óssea. A anemia grave pode ocorrer por supressão da medula óssea, hemólise e sequestro esplénico. As manifestações hemorrágicas habitualmente surgem em estadios mais avançados da doença, secundárias a trombocitopénia e disfunção hepática. Caso clínico: Descrevemos o caso clínico de uma mulher de 67 anos, com antecedentes relevantes de artrite reumatóide, sob terapêutica imunossupressora com prednisolona e metrotrexato. Admitida no nosso hospital por quadro com 4 meses de evolução de hematoquézias e nos últimos 15 dias com cansaço marcado, astenia e anorexia. À observação destacava-se taquicardia sinusal a 134bpm, normotensa, apirética. Pele e mucosas descoradas, suada. Sem lesões mucocutâneas. Exame abdominal sem alterações. Toque rectal com hemorróidas à inspecção e sangue vivo. Laboratorialmente: pancitopénia (hemoglobina 7.2g/dL, leucocitos 1700/uL (neutrofilos 800/uL), plaquetas 76 000/uL); proteina C reactiva 5mg/dL, velocidade de sedimentação 54mm. Em internamento com picos febris (38ºC), de predomínio vespertino. Colheu hemoculturas, que se revelaram negativas. Realizada tomografia computorizada que revelou ligeira hepatomegalia e esplenomegalia homogéneas. Para continuação do estudo realizou medulograma que revelou inúmeras formas amastigotas de Leishmania. Iniciada terapêutica com Anfotericina B lipossómica com boa evolução clínica e analítica. Discussão: Este caso de LV é particularmente interessante por ser pouco comum em Portugal, pela sua complexidade diagnóstica e apresentação tardia, já com complicações hemorrágicas. A LV sem tratamento é quase sempre fatal, em particular nos doentes imunodeprimidos, como no caso apresentado.

P n.º 2063

Pancitopénia: um caso de persistência no estudo etiológico

Inês Pereira de Miranda(1);Marta Mendes Lopes(1);Ricardo j. Aveiro Nunes(1);Inês Nunes da Silva(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A pancitopénia está associada a uma variedade de patologias, sendo importante uma investigação etiológica minuciosa para excluir doença grave e dirigir o tratamento.
Caso clínico: Homem, 78 anos, com história conhecida de diabetes tipo 2, hipertensão arterial e obesidade. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço a pequenos esforços com um mês de evolução. Analiticamente com Hb 3.5 g/dL, VGM 109.5 fL, HGM 36.8 pg, leucócitos 2300 µ/L, plaquetas 58000 µ/L, esfregaço de sangue periférico com macroovalócitos, bilirrubina total 2.98 mg/dL, bilirrubina direta 0.35 mg/dL, haptoglobina 41.32 mg/dL, VS 84mm, LDH 304 U/L, Fe 202 µg/dL, ferritina 704 ng/mL, ácido fólico 2.12 ng/mL, vitamina B12 162 pg/mL. Uma semana após transfusão de 4 unidades de concentrado eritrocitário e reposição de ácido fólico e vitamina B12, com melhoria inicial para Hb 7.4 g/dL, leucócitos 4500 µ/L, plaquetas 70000 µ/L. Contudo, 3 dias depois, com icterícia e colúria de novo e Hb 5.4 g/dL, leucócitos 1400 µ/L, plaquetas 21000 µ/L, contagem absoluta de reticulócitos 0.8, urina II com hemoglobinúria, teste Coombs direto negativo. Assumida anemia hemolítica e iniciou prednisolona, tendo mantido estabilidade dos valores supramencionados. Do estudo etiológico, realizou TC tóraco-abdómino-pélvica com esplenomegália, imunofenotipagem B, T e estudo de hemoglobinúria paroxística noturna (HPN), sem alterações. Fez mielograma e biópsia óssea sugestivos de síndrome mielodisplásica com sideroblastos em anel, tendo iniciado suporte transfusional e azacitidina.
Discussão: A síndrome mielodisplásica é caracterizada pela hematopoiese ineficaz, levando a citopénias. Neste caso, inicialmente assumiu-se que a pancitopénia era causada pelo défice de vitamina B12, no entanto, devido à resposta transitória à reposição, tornou-se essencial a exclusão de outras etiologias, entre elas a doença neoplásica, infecciosa, HPN ou reação a medicamento ou tóxico. O mielograma com biópsia óssea foi essencial para o diagnóstico e não deve ser dispensado nos doentes que não melhoram com a reposição.

P n.º 2065

Bacteriemia a MSSA com focalização: a importância de procurar focos em áreas nobres

Ana Catarina Pina Pereira(1);Ivo Alexandre Pina(1);Carlota Lalanda(1);Sofia Salvo(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Staphylococcus aureus meticilina-sensível (MSSA) é um agente frequentemente associado a infeções graves como a espondilodiscite ou a endocardite infeciosa (EI). Nestes casos não é invulgar a ocorrência simultânea de bacteriemia a MSSA. Em doentes com diagnóstico de espondilodiscite deve sempre ser excluída EI, pois até 30% dos casos de espondilodiscite apresentam EI concomitante. O diagnóstico e tratamento céleres é fulcral dada a maior morbimortalidade associada à presença simultânea das duas entidades.

Caso clínico: Homem, 76 anos, história de cirurgia recente (hernioplastia inguinal bilateral) sob raquianestesia. Recorreu à urgência por quadro de dorso-lombalgia, com um mês de evolução, de ritmo misto, agravamento progressivo e sem melhoria significativa com analgesia oral. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente com aumento significativo dos parâmetros inflamatórios. Internado para estudo etiológico de processo infeccioso. Do estudo realizado destaca-se sedimento urinário patológico e isolamento de MSSA em urocultura e hemoculturas, tendo-se iniciado antibioterapia dirigida com flucloxacilina. Por agravamento das queixas álgicas e instalação de paraparesia dos membros inferiores, realizou ressonância magnética que identificou espondilodiscite em D10-11, com necessidade de intervenção cirúrgica urgente. Dado o contexto clínico, fez ecocardiograma transesofágico que identificou vegetação aórtica a condicionar regurgitação ligeira-moderada e vegetação mitral com regurgitação grave, sem evidência de insuficiência cardíaca. Cumpriu seis semanas de antibioterapia com evolução clínica favorável.

Apresenta-se o caso pela importância da suspeita de espondilodiscite e EI em casos de bacteriemia a MSSA, sendo o seu diagnóstico essencial, já que não só implica adoção de uma estratégia terapêutica mais prolongada, como confere pior prognóstico com maior morbimortalidade para o doente.

P n.º 2066
Uma E. coli disseminada
Raquel Moura(1);Mariana Estrela Santos(1);Sofia Nunes(1);Luís Malheiro(1);Cristóvão Figueiredo(1);Tiago Teixeira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A espondilodiscite é um processo inflamatório, geralmente infecioso, que envolve os discos intervertebrais e as vértebras associadas. Pode ocorrer por disseminação hematogénica, por via percutânea ou por contiguidade.
Caso clínico:
Homem de 71 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus, foi admitido no Serviço de Urgência por dorsalgia e quadro constitucional com 2 meses de evolução, febre, prostração e recusa alimentar 3 dias antes.
Objetivamente, sem alterações ao exame físico. Analiticamente, elevação da Proteína C Reactiva e hemoculturas com isolamento de E.coli multissensível (urocultura negativa). Radiografia de tórax com opacidade no hemitórax esquerdo, que foi melhor caracterizada por tomografia computorizada que revelou derrame pleural bilateral loculado, com espessura de 1,5 cm à direita e 4 cm à esquerda havendo espessamento dos folhetos pleurais ipsilateral, com empiema associado; mostrou também aumento do espaço intervertebral discal D11-D12 com destruição das respetivas plataformas vertebrais D11 e D12, compatível com espondilodiscite, com sinais de epidurite, com coleções inflamatórias perivertebrais em contacto com a vertente medial das inserções pleurais, a maior à esquerda com 4,5 x 2,2 cm.
Foi realizada punção diagnóstica da coleção paravertebral esquerda e do derrame pleural ipsilateral, ambas com exame cultural com E.coli multissensível. Derrame pleural com pH fresco 6.9. Micobacteriológicos negativos (exame direto e cultural).
Portanto, doente com bacteriemia por E.coli que originou uma espondilodiscite e osteomielite e empiema associado.
Excluída endocardite infeciosa.
Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com ceftriaxone em dose meníngea, com recuperação total.
Discussão:
O diagnóstico de espondilodiscite pode ser difícil, por ser uma entidade rara e pela sintomatologia insidiosa.
É imperativo pensar nesta entidade quando há uma clínica insidiosa como neste caso (quadro constitucional e dorsalgia).

P n.º 2068

Disfunção multiorgânica – forma de apresentação de crise gotosa

Daniela Barroso(1);Filipa Abelha Pereira(1);Fabienne Gonçalves(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A artrite gotosa é uma artrite inflamatória causada pela deposição de cristais de monourato de sódio consequentemente ao aumento dos níveis séricos de ácido úrico. Um flare típico é habitualmente monoarticular enquanto um quadro atípico pode ser poliartricular e estes sáo mais comuns nos doentes hospitalizados, com múltiplas comorbilidades e podem ser acompanhadas por febre e simular quadros de sépsis.
Homem de 72 anos com elevado risco cardiovascular e hiperuricemia identificada 3 anos antes sem medicação dirigida ou episodio prévio de crise gotosa. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 15 de evolução de oligoartrite periférica aditiva de grandes e pequenas articulações com perda progressiva de autonomia na marcha associada a febre e desorientação espaço-temporal progressiva. À admissão confuso, hemodinamicamente estável com sinais inflamatórios do hálux direito, cotovelo esquerdo e edema do joelho e tornozelo direitos. Analiticamente com aumentos dos marcadores inflamatórios (PCR ~ 300 mg/dL), trombocitopenia e leucopenia com neutropenia em contexto inflamatório, sem evidência de patologia medular aguda. Artrocentese diagnóstica do joelho com drenagem de líquido citrino com pesquisa de cristais negativas e sem sinais de artrite sética. Sedimento urinário com presença de cristais de ácido úrico. Sem evidência de infeção urinária, respiratória ou abdominal. TAC cerebral sem evidência de evento vascular aguda. Assumido quadro inflamatório sistémico com disfunção multiorgânica associada a quadro de artrite gotosa exuberante tendo iniciado colchicina e AINE.
Durante o internamento melhoria clínica e analítica sob estratégia inicial com resolução de todas as disfunções.
Um diagnóstico definitivo deve ser procurado quando houver suspeita de surto de gota, tanto para excluir explicações alternativas quanto para garantir uma terapêutica aguda e crónica adequada. Várias outras condições podem imitar uma crise de gota e a amostra de líquido sinovial da articulação afetada permitem a distinção de crise gotosa de outras patologias.

P n.º 2069

Quando as plaquetas desaparecem

Mariana Baptista Ferreira(1);Manuel Maia(1);Fátima Silva(1);Jorge Fortuna(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: Trombocitopenia define-se como a contagem de plaquetas inferior a 150000/microL. É uma alteração hematológica comum no internamento e estudos demonstram que a incidência nas Unidades de Cuidados Intensivos é de 25 a 55%.
A propósito deste tema apresenta-se o caso clínico: Mulher de 88 anos recorreu ao Serviço de Urgência por febre, prostração e náuseas. Verificou-se distensão abdominal, dor à palpação do hipocôndrio direito, alteração das enzimas hepáticas com padrão colestático e amilase e lipase aumentadas. Realizou ecografia e TC abdominal que mostraram quisto simples de 14 mm, em relação com o ducto pancreático principal, vesícula biliar com lama e esplenomegalia. Por suspeita de colangite aguda, iniciou ciprofloxacina e metronidazol e foi internada. Verificou-se melhoria clínica e analítica após 5 dias de antibioterapia. No entanto, ao 3º dia de internamento (D3) surge trombocitopenia ligeira 113000 plaquetas/microL que foi agravando. Por suspeita de trombocitopenia induzida por heparina, suspendeu-se enoxaparina e manteve vigilância. Em D5, trombocitopenia grave (34000 plaquetas/microL), pelo que foi pedido estudo autoimune e excluídas infeções virais. Em D6 trombocitopenia grave com 0 plaquetas. Esfregaço de sangue periférico a revelar trombocitopenia com plaquetas gigantes e reticuladas sugestivas de trombocitopenia imune, pelo que iniciou pulsos de metilprednisolona (500mg/dia). Dois dias depois, mantinha trombocitopenia grave. O estudo autoimune revelou consumo de complemento, ANAs 1/160, ds-DNA positivo, reforçando o diagnóstico de trombocitopenia imune. Assumindo-se parca resposta à corticoterapia, associou-se imunoglobulina 10g/dia durante 2 dias, com boa resposta, verificando-se 22000 > 56000 > 89000 plaquetas. Orientada para a consulta sob prednisolona 20mg/dia.
Discussão: O tratamento da trombocitopenia imune baseia-se inicialmente na corticoterapia, podendo ser necessário a utilização de imunoglobulina endovenosa nos casos mais graves.

P n.º 2071

Sarcoma mielóide com envolvimento multiorgânico – uma apresentação rara

Daniela Soares(1);Maria Luisa Olim(1);Rita Pinto Araújo(1);Yolanda Martins(1);Mónica Martins Teixeira(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O Sarcoma Mielóide (SM) corresponde à proliferação extramedular de granulócitos imaturos e está geralmente associado a Leucemia Mielóide Aguda (LMA), síndromes mielodisplasicos ou neoplasia mieloproliferativa crónica. Na literatura não estão descritos locais preferenciais de atingimento, mas o envolvimento multiorgânico é raro. Os autores apresentam um caso em que o SM foi a primeira manifestação de doença, com envolvimento hepático, pulmonar e suprarrenal.
Caso clínico: Homem, 78 anos, com antecedentes de doença renal crónica com quadro de tosse e astenia com 1 mês de evolução e perda ponderal (12Kg em 12 meses- 17% do peso corporal). Analiticamente com hemoglobina 10,7 g/dL; leucócitos com 37,9x109/L com 91,4% neutrófilos e 2,6% linfócitos; Plaquetas 238 x109/L. Tomografia Computorizada (TC) do tórax com lesões nodulares dispersas por todos os segmentos pulmonares, adenomegalias mediastínicas e volumosa massa na glândula suprarrenal esquerda. Ecografia abdominal com múltiplas lesões focais no fígado sugestivas de metastização difusa. Imunofenotipagem de sangue periférico sem presença de células imaturas. Envolvimento hepático por sarcoma mieloide demonstrado por biópsia. Pesquisa de mutação JAk2V617F e BCR/ABL negativas. Após discussão com o serviço de hematologia e atendendo à idade, comorbilidades e diagnóstico, iniciado tratamento de suporte com fluidoterapia, toma única de rasburicase e hidroxiureia. Verificou-se agravamento progressivo do estado geral do doente, com insuficiência respiratória agravada em provável relação com progressão do SM, tendo acabado por falecer ao 15º dia de internamento.
Conclusões: O SM isolado representa o maior desafio diagnóstico, pela incidência rara e apresentação clínica variável, relacionada com o efeito de massa do tumor e disfunção dos órgãos acometidos. O prognóstico do SM é mau, agravado em casos de doentes idosos e com comorbilidades que inviabilizam o início de quimioterapia sistémica.

P n.º 2072

Anemia hemolítica de novo num doente com Síndrome de Gilbert- um diagnóstico improvável

Roselia Lima(1);Ana Sofia Silva(1);Mariana Baptista(1);Catarina Portela(1);Sara Viana(1);Dulce Pinheiro(1)
(1) HOSPITAL GAIA

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A anemia hemolítica define-se pela destruição prematura dos eritrócitos. O seu diagnóstico etiológico depende da investigação da sua etiologia (imune/não imune, intravascular/extravascular, congénita/adquirida, aguda/crónica).
Caso Clínico:
Homem, 63 anos, antecedentes de tabagismo, prótese valvular aórtica, doença cerebrovascular, Síndrome de Gilbert e disfunção eréctil. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de astenia, dispneia para esforços moderados, tosse produtiva purulenta e colúria com 10 dias de evolução. Sem febre, ortopneia, dispneia paroxística noturna, toracalgia, diarreia ou outras alterações. À observação médica, sinais vitais estáveis. Ictérico. Estudo complementar: anemia macrocítica hiperregenerativa (Hemoglobina 10,3g/dL; Volume Globular Médio 104fL; Reticulócitos 2,7%; Haptoglobina ?10mg/dL) e hiperbilirrubinemia indireta (Bilirrubina total: 4,26mg/dL; Bilirrubina direta 0,48mg/dL). Radiografia torácica e ecografia abdominal sem achados de relevo. Ecocardiograma transtorácico com “leakage” ligeiro da válvula aórtica. Admitido no Serviço de Medicina Interna para investigação etiológica da anemia hemolítica. A destacar: Teste de Coombs: negativo; Esfregaço de sangue periférico: anisocitose e anisocromia; Provas de coagulação sem alterações; Ecocardiograma transesofágico: regurgitação mínima da válvula aórtica; Serologias Bartonella, Clostridium e Chlamydia Trachomatis negativas; Citometria de fluxo: presença de clones com défice de CD55 e CD59: 68% neutrófilos, 63% monócitos e 7,5% eritrócitos. O doente foi diagnosticado com Hemoglobinúria Paroxística Noturna. Iniciou tratamento com eculizumab, com boa evolução clínica. Teve alta orientado para consulta de Hematologia.
Discussão:
A HPN é uma doença hematológica adquirida e rara, consiste na ausência de proteínas de superfície ancoradas ao glicosilfosfatidilinositol nas linhagens hematopoiéticas. Nos eritrócitos, isto causa hemólise intravascular crónica ou paroxística, eventos trombóticos e displasia da medula óssea. A forma clássica requer 40-99% de granulócitos afetados. As manifestações clínicas mais frequentes são astenia (80%), dispneia (64%) e hemoglobinúria (62%). A disfunção eréctil é reportada em 38% dos casos.

P n.º 2073

Um caso de hipocaliémia crónica

Tatiana Oliveira(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Luís Miguel Pereira(1);Carolina Fabião Sequeira(1);Mariana Abreu Vieira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças renais

Introdução: A Síndrome de Gitelman é uma síndrome rara, autossómica recessiva, caracterizada por hipocaliémia, hipomagnesémia, alcalose metabólica e hipocalciúria, diagnosticada geralmente em adolescentes ou adultos jovens. A maior parte dos doentes apresenta mutações no gene SLC12A3 que codifica o co-transportador sódio-cloreto no tubo contornado distal. Perante suspeita, devem ser excluídas outras causas de hipocaliémia e alcalose metabólica, como vómitos persistentes ou abuso de diuréticos. O diagnóstico definitivo é realizado através de teste genético, e o tratamento é de suporte, sendo este vitalício.
Caso Clínico: Homem de 47 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciado à consulta de Medicina Interna por hipocaliémia persistente com 10 anos de evolução, sem sintomas associados. Do estudo complementar, a destacar, hipocaliémia 2.5-2.7 mmol/L, hipomagnesémia 1.5 mmol/L e alcalémia metabólica, com função renal normal. O estudo de urina de 24h mostrou aumento da concentração de sódio e de cloro, com concentração de cálcio diminuída. Apresentava ainda hiperreninémia com aldosterona, ACTH e cortisol normais. Realizou estudo genético que identificou 2 variantes potencialmente patogénicas no gene SLC12A3: c.2582G>A (p.Arg861His) e c.1000C>T (p.Arg334Trp). O doente iniciou suplementação oral com potássio e magnésio e posteriormente, enalaparil e espironolactona, como adjuvantes. O doente foi referenciado à consulta de Genética Clínica e de Nefrologia.
Conclusão: Apesar de rara, a Síndrome de Gitelman deve ser considerada em doentes com hipocaliémia persistente, hipomagnesémia, alcalose metabólica e hipocalciúria, com vista a oferecer suporte adequado e aconselhamento genético.

P n.º 2074

De dorsolombalgia “inocente” a abcesso pulmonar até ao diagnóstico de tuberculose pulmonar

Diogo José Batista de Brito Canudo(1);Ana Tenreiro(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A tuberculose continua a representar uma importante causa de morbimortalidade em Portugal. A multiplicidade de apresentações, a inespecificidade da clínica e o mimetismo com várias patologias constituem um desafio diagnóstico. Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 36 anos, com antecedentes relevantes de asma e doença celíaca. Admitida no hospital por quadro de dorsolombalgia (3 dias de evolução, sem traumatismo), e vómitos nas últimas 24h. À observação destacava-se: subfebril (temperatura de 37,7ºC), hemodinamicamente estável, boa saturação periférica de oxigénio e auscultação pulmonar normal. Laboratorialmente: leucocitose 19400/uL, neutrofilia e proteína C reactiva de 32,4mg/dL. Exame sumário da urina e ecografia renal sem alterações. Radiografia de tórax com imagem cavitada do apéx pulmonar direito. Realizou tomografia computorizada que revelou lesão nodular cavitada no vértice pulmonar direito (5,5cm), sugestiva de abcesso (espessura da parede de 11mm, conteúdo heterogéneo, com nível hidroaéreo). Iniciou antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico, com manutenção de febre, pelo que foi alterada antibioterapia para piperacilina/tazobactam, com boa evolução clínica e analítica. A pesquisa de bacilos acido-álcool resistentes e exame cultural bacteriológico na expectoração, aspirado brônquico (AB) e lavado broncoalveolar foram negativas. A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (*MT*) por *polymerase chain reaction* nestes produtos foi negativa. A doente teve alta com exame cultural micobacteriológico destes produtos em curso. Em consulta, o exame cultural no AB viria a revelar-se positivo com isolamento de *MT complex*. Encaminhada para a Consulta de Pneumologia, tendo iniciado antibacilares com boa evolução clínica. Discussão: o caso demonstra o desafio diagnóstico da tuberculose, neste caso apresentado sem sintomas constitucionais ou sintomas respiratórios. Quando o diagnóstico é sugerido pela imagiologia, o isolamento de *MT* é essencial para que o diagnóstico seja confirmado e tal só é possível graças à resiliência no perseguir desta hipótese.

P n.º 2080

Um caso raro de sarcoma de tecidos moles

Helena Hipólito Reis(1);Bruno Besteiro(1);Joana Moura(2);Rui Ribeiro(1);Pestana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) USF Freamunde

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores intra-abdominais desmoplásicos de células pequenas e redondas (TDCPR) são sarcomas de tecidos moles malignos, muito raros que ocorrem principalmente no sexo masculino, entre os 10 e 30 anos.
Homem, 19 anos, obeso recorreu à urgência por edema assimétrico do membro inferior (MI) esquerdo, em agravamento progressivo há cerca de 2 semanas. Associadamente, com náuseas, vómitos alimentares, anorexia e perda ponderal. Objetivamente, com edema do MI esquerdo até à raiz da coxa, duro, ruborizado e indolor. Analiticamente, a realçar D-dímeros 2,62mcg/mL. A ecografia do MI revelou edema difuso da gordura celular subcutânea da coxa esquerda, sem coleções. A ecografia abdominal tinha volumosas adenopatias ilíacas bilaterais. Realizou tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica que revelou massa sólida, heterogénea, infiltrativa e de difícil mensuração, com características altamente sugestivas de malignidade, a condicionar abaulamento anterior e superior da bexiga; massa marcadamente heterogénea, com contornos irregulares no quadrante superior esquerdo; múltiplas e volumosas adenopatias abdominais dispersas, não se definindo as veias ilíacas comum e externa esquerdas por compressão. O TC cervico-torácico de estadiamento revelou apenas gânglios submandibular epericardiofrénicos esquerdos. A biópsia da adenopatia da raiz da coxa esquerda confirmou tumor intra-abdominal desmoplásico de células pequenas e redondas. O doente foi orientado para o centro de referência de sarcomas onde mantém seguimento.
Os TDCPR têm uma rápida progressão e mau prognóstico, tendo uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de cerca de 15%. Ocorrem principalmente na região abdominal e pélvica, podendo ter envolvimento ganglionar local ou à distância, como no caso apresentado. Por serem muito raros, a literatura disponível é escassa, assim como a experiência na sua orientação, sendo a sua identificação precoce fundamental para uma referenciação atempada para os centros de referência.

P n.º 2083

Carcinoma Gástrico – uma causa de Encefalopatia de Wernicke

Helena Hipólito Reis(1);Bruno Besteiro(1);Joana Moura(2);Catarina Vale(1);Pestana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) USF Freamunde

Tema: Doenças oncológicas

A Encefalopatia de Wernicke (EW) ocorre por défice de tiamina e, apesar de maioria dos casos resultar de alcoolismo crónico, há outras etiologias que devem ser consideradas, como cirurgia do trato gastrointestinal, malnutrição, nutrição parentérica, hemodiálise e, raramente, neoplasias malignas, como cancro gástrico.
Homem, 52 anos, com história de alcoolismo recorreu à urgência por alteração do estado de consciência, diplopia e marcha atáxica. Objetivamente emagrecido e desidratado. Ao exame neurológico a realçar nistagmo vertical em repouso; oftalmoparésia no desvio conjugado do olhar bilateralmente; dismetria da prova dedo-nariz bilateralmente e marcha atáxica. Analiticamente com anemia microcítica e hipocrómica e alcoolémia negativa. Tomografia computorizada (TC) cerebral sem alterações agudas. Foi internado e iniciou tiamina endovenosa em altas doses com melhoria significativa dos sintomas neurológicos. A ressonância magnética cerebral revelou hipersinal em T2 na vertente medial dos tálamos, corpos mamilares e substância cinzenta periaquedutal, sugestivo de EW. Durante o internamento, a família e o doente confirmaram abstinência alcoólica há cerca de 2 anos. A endoscopia digestiva alta para estudo de anemia mostrou uma úlcera gástrica, cuja biópsia confirmou adenocarcinoma de células pouco coesas do tipo anel de sinete. O estadiamento com TC cervico-toraco-abdomino-pélvica evidenciou gânglios retroperitoneais com adenomegalia periceliaca e na cadeia ilíaca externa. O doente foi discutido em reunião de grupo e foi proposto para tratamento cirúrgico.
Para além da tríade clássica de EW, destacam-se as características imagiológicas típicas que confirmam a suspeita clínica. Os autores realçam a importância de excluir outras etiologias de EW perante um doente em abstinência alcoólica há vários anos, salientando-se nomeadamente as neoplasias cujo diagnóstico e tratamento deverão ser precoces.

P n.º 2087

Infeção em doente portador de próteses cardíacas – a importância do diagnóstico precoce

Helena Hipólito Reis(1);Francisco Mendes(1);Ana Lourenço Jardim(1);José Costa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa (EI) associada a dispositivos cardíacos, apesar de rara, está associada a elevadas taxas de morbi-mortalidade, sendo potencialmente fatal.
Mulher, 78 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca (IC) valvular por estenose aórtica grave com implantação de prótese biológica e com pacemaker por bloqueio aurículo-ventricular completo. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre e prostração, sem clínica focalizadora. Objetivamente com crepitações pulmonares bilaterais, turgescência venosa jugular e edemas dos membros inferiores. Analiticamente com insuficiência respiratória hipoxémica, BNP 700pg/mL, elevação dos parâmetros inflamatórios e teste de pesquisa de SARS-CoV-2 positivo. Foi internada por IC descompensada com insuficiência respiratória hipoxémica em contexto de COVID-19. Por manter febre e elevação mantida dos parâmetros inflamatórios, colheu rastreio sético e iniciou antibioterapia empírica por suspeita de sobreinfeção respiratória bacteriana. A tomografia computorizada torácica evidenciou espessamento do interstício peribroncovascular e micronodularidades difusas. Foi isolado Staphylococcus epidermidis em sangue, tendo realizado ecocardiograma transtorácico que não mostrou vegetações valvulares. Pelo elevado risco de EI realizou ecocardiograma transesofágico que revelou uma estrutura filiforme na dependência do eletrocateter de pacemaker. Foi dirigida antibioterapia em conformidade e as hemoculturas de controlo foram negativas. Considerando a boa evolução clínica, a doente foi transferida para o Serviço de Hospitalização Domiciliária para manter antibioterapia endovenosa, ponderando-se posteriormente com a Cardiologia a remoção de pacemaker.
Os autores realçam a importância da exclusão de EI associada a dispositivos cardíacos em doentes com risco elevado e forte suspeição clínica. O diagnóstico tardio compromete um tratamento eficaz e pode associar-se a mau prognóstico vital.

P n.º 2088

Hepatite induzida por fármacos – um diagnóstico de exclusão

Helena Hipólito Reis(1);Francisco Mendes(1);Carolina Guimarães(1);José Costa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A hepatite induzida por fármacos é um diagnóstico de exclusão que pode estar associado a elevada morbimortalidade. Identificar o fármaco responsável pelas alterações hepáticas pode ser um desafio, principalmente em doentes polimedicados.
Mulher, 73 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia, hiperuricemia, fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca (IC) por cardiopatia congénita. História de internamento recente por IC descompensada, tendo tido alta com ajuste terapêutico e introdução de vários novos fármacos. Recorreu à urgência por astenia e noção de diminuição da diurese, tendo sido re-internada por lesão renal aguda. Durante o internamento, foi objetivada citocolestase hepática, sem hiperbilirrubinémia. Analiticamente com estudo da coagulação normal, marcadores víricos negativos e estudo autoimune sem alterações. Realizou tomografia computorizada e ressonância magnética abdominais que apenas revelaram hepatomegalia. Foi revista exaustivamente a história farmacológica, tendo-se objetivado o início recente de alopurinol, furosemida, edoxabano e atorvastatina. Após suspensão da medicação potencialmente hepatotóxica, a doente apresentou melhoria analítica. Foram reintroduzidos progressivamente os fármacos e foi objetivado novo agravamento do padrão de citocolestase hepática, que resolveu com a suspensão do alopurinol. A doente teve alta com a recomendação de não re-iniciar alopurinol, tendo sido orientada para consulta de Medicina Interna para reavaliação clínica e analítica.
Numa doente polimedicada e com início recente de vários fármacos potencialmente hepatotóxicos, como no caso apresentado, é essencial uma elevada suspeição bem como uma história detalhada que ajude a estabelecer o diagnóstico. A descontinuidade do fármaco melhora o quadro clínico, podendo ocorrer um rápido agravamento se a exposição se repetir. A hepatotoxicidade ao alopurinol apesar de rara pode associar-se a elevada morbi-mortalidade, sendo fundamental um diagnóstico e suspensão precoces.

P n.º 2089

Hemoperitoneu maciço em doente com doença de Von Willebrand tipo 3

Diogo José Batista de Brito Canudo(1);Ana Tenreiro(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Doença de Von Willebrand (DVW) tipo 3 é uma doença autossómica recessiva, representando apenas 1% dos doentes com DVW e é caracterizada pela ausência de factor de Von Willebrand (FVW) e níveis baixos de Factor VIII. A hemorragia mucocutânea e musculo-esquelética é uma complicação comum nestes doentes. Na mulher em idade fértil, o hemoperitoneu como complicação ginecológica, representa uma complicação grave geralmente causada por um corpo lúteo hemorrágico após ovulação, ruptura de gravidez ectópica ou rutpura de quisto ovárico. Episódios recorrentes de hemorragia após a ovulação podem ser evitados pela supressão da ovulação através da utilização de anticontraceptivos hormonais. Caso clínico: Descrevemos o caso clínico de uma mulher com 27 anos, admitida no serviço de urgência por quadro com 24h de evolução de dor abdominal ao nível do hipogastro e nas últimas horas com dois episódios de lipotímia. Antecedentes de DVW tipo 3 seguida em Consulta de Hematologia. Amenorreica até 1 ano antes por implante anticoncepcional hormonal, entretanto retirado. À observação: taquicárdica, normotensa, subfebril. Abdómen discretamente doloroso a palpação, sem defesa ou reacção peritoneal. Laboratorialmente: anemia (hemoglobina 5.5g/dL), normocítica, trombocitose 325 000/uL e INR 1.32, leucocitose de 15800/uL com neutrofilia e elevação da proteína C reactiva (5.6mg/dL). Beta-Gonadotrofina coriónica humana negativa. Realizou suporte transfusional e reposição de factor VIII e de FVW. Evolução com instabilidade hemodinâmica e dor abdominal franca, pelo que realizou tomografia computorizada. Esta revelou hemoperitoneu com hemorragia activa, com indicação para cirurgia emergente. Submetida a Salpingooforectomia esquerda. Na cirurgia realizou ainda suporte transfusional maciço. Admitida na unidade de cuidados intensivos no pós operatório com evolução favorável. Discussão: Apresentamos o caso de um hematoperitoneu maciço provavelmente no contexto de ovulação, numa doente com uma forma grave da DVW, em choque hemorrágico com necessidade de intervenção cirúrgica. A gestão desta emergência hemorrágica rara representa um desafio diagnóstico para o Internista e demonstra a importância de uma abordagem multidisciplinar na emergência médica.

P n.º 2095

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MASCULINO- DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Filipa Pinto(1);Diogo Dias(1);Ana Tenreiro(1);Leila Barrocas(1);Margarida Massas(1);Sara Correia(1);Tereza Veloso(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença auto-imune inflamatória crónica multissistémica, de etiologia multifactorial. Estima-se que apenas 1 em cada 10 casos de LES seja no homem. Reporta-se um caso de homem internado para estudo de sintomas constitucionais e artralgias, em que este diagnóstico foi confirmado.
CASO CLÍNICO: Homem, 58 anos, antecedentes de MGUS, e de acidente isquémico transitório (AIT) sensitivo há 1 mês não estudado. Quadro de 3meses de evolução de artralgias nos joelhos e ombro, com rigidez matinal, sem artrite, e com perda ponderal 7kg e cansaço. Recorreu à Urgência por agravamento do cansaço, e foi internado na Medicina para estudo. Exame físico com diminuição do murmúrio vesicular numa base pulmonar e febre intermitente. A radiografia torácica confirmou derrame pleural. Sem parâmetros de infecção, fez toracocentese diagnóstica, com líquido pleural de tipo exsudado, e pesquisa de células neoplásicas negativa. Analiticamente, anemia microcítica de 8.3g/dL e trombocitopenia de 52000 /µL, ANAs positivos >640UI/mL, beta2 microglobulina IgG positiva e IgM negativa, consumo de complemento C3 e C4, Ds-DNA positivo, com Ac. Anti Nucleossomas positivos. Pelos critérios EULAR/ACR de 33, colocou-se a hipótese de LES. Os marcadores virais e serologias foram negativos. Fez TC-TAP que revelou inúmeros pequenos gânglios e derrame pleural esquerdo. O mielograma e a imunofenotipagem não sugeriram alterações. Para estudo do AIT, fez RM-CE com leucoencefalopatia isquémica, ecocardiograma e e ecodoppler normais, e no Holter de 24h, BAV 3º grau com pausas de 7.5 segundos, pelo que colocou pacemaker definitivo. Foi medicado com prednisolona 1mg/kg/dia, e apresentou melhoria das queixas e do derrame pleural. Por persistência do quadro hematológico, associou-se azatioprina, ainda persistindo dsDNA. Teve alta, e continua em seguimento pela Medicina e Hematologia. Face à idade e à apresentação clínica, não está afastada a hipótese de síndrome paraneoplásico.
DISCUSSÃO: Pela sua maior prevalência no sexo feminino, o LES é frequentemente pouco lembrado enquanto diagnóstico no homem. Este caso demonstra a importância de considerar o diagnóstico de LES em doentes do sexo masculino com manifestações multissistémicas, e do seu estudo e tratamento em caso de elevada suspeição clínica.

P n.º 2105
Anemias carenciais no século XXI
Ivo Castro(1);Maria Margarida Pereira(1);João Cardoso(1);Viktor Baiherych(1);Maxim Jitari(1);Adelaide Figueiredo(1);Cristina Esteves(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças hematológicas

A anemia manifesta-se frequentemente por astenia, justificando frequentemente o internamento. Apresentar-se-ão três casos clínicos de anemia por défices nutricionais com diferentes etiologias.
Um jovem de 20 anos com antecedentes de distúrbio psiquiátrico alimentar – não consumindo proteínas animais, frutículas e hortículas; apresentava Hb 5.2 g/dL, HTC 14.8%, VGM/HGM normais; Leucócitos 2.9 x 103/uL Plaquetas 70 x 109L LDH 8967 U/L Vitamina B12 <125 pg/mL. Diagnosticado com anemia carencial com défice de vitamina B12 com hemólise intramedular associada. Assistiu-se a correcção de pancitopenia após suplementação adequada e foi enviado à consulta de psiquiatria.
Um homem de 42 anos, com dieta exclusivamente ovolactovegetariana, internado com Hb 2.1 g/dL, VGM/HGM normais, Plaquetas 43 x 109/L. Morfologia de sangue periférico (MSP): anisopoiquilocitose, dacriócitos e ovalócitos. Bilirrubina total 2.8 mg/dL LDH 2101 U/L Vitamina B12 com <148 pg/mL e Ferro 25 ug/dL. Foi tratado com suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina B12 com recuperação da anemia. Tendo sido diagnosticado com anemia perniciosa em ambulatório após anticorpo anti-factor intrínseco positivo.
Por último, um homem de 42 anos, com antecedentes de Hepatite C tratada e perturbação afetiva bipolar medicado com lamotrigina. Este fármaco despoletou quadro de anorexia e náuseas. Analiticamente: Hb 6.4 g/dL VGM 120.1 fL HGM 43.0 pg Plaquetas 47 x 10^9L V.S 140 Bilirrubina Total 1.5 LDH > 4500; Vitamina B12 128 pg/mL e Folato 6.7. MSP: Anisopoiquilocitose, muitos macro-ovalócitos. O diagnóstico de Anemia macrocítica megaloblástica por défice de Vitamina B12 foi estabelecido e o doente cumpriu suplementação de vitamina B12 e ácido fólico com normalização de hemograma e de vitamina B12. Apresentava Anticorpos Anti-Células Parietal positivo e Anticorpo anti-factor intrínseco negativo, mantendo seguimento em consulta externa para vigilância clínica, analítica e endoscópica.
Em países desenvolvidos, com facilidade de acesso a alimentos e de suplementos alimentares e ausência de dificuldades sócio-económicas, os casos de anemia por défice carencial não são negligenciáveis. São antes um problema que necessita de investimento na educação para a saúde e uma sensibilização para hábitos alimentares correctos e equilibrados.

P n.º 2106

Leptospirose: um caso de febre persistente

Cecília Vilas Boas Soares(1);Emanuel Carvalho(1);Carla Pinto(1);Ana Pessoa(1);Lara de Andrade Maia(1);Mário Esteves(1)
(1) CHVN Famalicão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A leptospirose é uma zoonose causada por espiroquetas patogénicas do género Leptospira. O Homem constitui um hospedeiro acidental sobretudo após exposição a fatores ambientais como urina contaminada, pelo que é uma doença mais associada a países tropicais pobres com fracas condições de saneamento. Clinicamente, apresenta-se sobretudo com febre de início súbito, cefaleias, conjuntivite, náuseas e mioartralgias.

Caso clínico: Doente do género masculino, de 48 anos, sem-abrigo, com hábitos etílicos pesados e admissões prévias no serviço de urgência (SU) por intoxicação alcoólica aguda. Foi trazido ao SU após ter sido encontrado caído na rua. À avaliação médica, encontrava-se febril, com rabdomiólise e citólise hepática ligeiras, tendo sido assumida provável convulsão em contexto de síndrome de abstinência alcoólica grave e febre sem foco identificado. Ficou internado para estudo e colheu rastreio séptico alargado, nomeadamente para zoonoses, vírus e cultura de bactérias atípicas. No internamento, com febre persistente, cefaleias, ardor ocular, desconforto abdominal inespecífico, mialgias e ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios. Apenas apresentou melhoria clínica e analítica progressivas após início de antibioterapia dirigida ao resultado de serologias que denunciaram fase aguda de leptospirose. Foi orientado para reavaliação em consulta e comunidade terapêutica.

Discussão: Este caso traduz um diagnóstico não muitas vezes encontrado no dia-a-dia, atualmente. A melhoria das condições de vida e de saneamento fez com que, de um modo geral, associemos as zoonoses a zonas mais rurais e países menos desenvolvidos. No entanto, é importante despistar situações de maior precariedade em que estas doenças possam, de facto, ser as causadoras de quadros clínicos não explicados por outras patologias mais comuns, sobretudo em doentes com contextos socioeconómicos mais frágeis.

P n.º 2112

Elderly: when the iron is out of balance

Francisca Torres Sarmento(1);Joana Simões(1);Mariana Alves(1);Nayive Gomez(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Hemocromatose hereditária (HH) é um distúrbio do metabolismo do ferro, que resulta num excesso de absorção de ferro e na sua deposição em múltiplos órgãos. A forma mais comum ocorre por mutações homozigóticas, especificamente, a mutação C282Y no gene HFE. O seu diagnóstico pode ser desafiante devido à sua heterogeneidade clínica. Apresentamos um caso clínico de uma doente idosa cuja elevada suspeição clínica levou ao diagnóstico de HH.
Caso clínico: Mulher, 86 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e fibrilhação auricular permanente. Internada por quadro de prostração e melenas. À observação apresentava-se sonolenta, taquicardica (FC 142 bpm), hipotensa (PA 99/78 mmHG) com mucosas coradas e desidratadas. Não se objectivou perdas hemáticas na sonda nasogástrica ou toque rectal. Analiticamente apresentava-se hemoconcentrada com poliglobulia (Hb 18 g/dL), hematócrito 54,8%, VGM 101,4, citólise hepática (AST 210, U/l, ALT 129 U/L), LDH aumentado 394 U/L; sideremia 125 ug/dL, saturação de transferrina 70% e ferritina de 1047ng/mL. Serologias para Hepatite B e C negativas, e alfafetoprotoina 2,0 ng/dL. Ecografia abdominal revelou fígado aumentado de contornos irregulares, sem lesões focais. Elastografia hepática revelou fibrose grau II. Pelas alterações analíticas e história familiar de patologia hepática não esclarecida, foi realizado o estudo genético de hemocromatose que confirmou homozigotia para a mutação do gene HFE – C282Y.
Conclusão: A suspeita diagnóstica é fundamental para a realização do diagnóstico de HH, mesmo em idades mais avançadas. O subdiagnóstico desta entidade pode ser devido à ausência de sintomas cardinais ou à penetrância incompleta da mutação C282Y. No entanto, este diagnóstico pode ter implicações importantes para o próprio doente e os seus familiares.

P n.º 2113

Gravidez não é doença, mas às vezes engana - um caso clínico

Mariana Fidalgo(1);Carina Silva(1);Raquel Barreira(1);Filipa Duarte Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças renais

INTRODUÇÃO: A lesão renal aguda é uma entidade multifatorial frequentemente presente nos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência [SU]. A causa nem sempre é fácil de identificar, dificultando a abordagem terapêutica do doente.
CASO CLÍNICO: Mulher 37 anos recorre ao SU por quadro de dor abdominal, náuseas e vómitos com 1 semana de evolução. Antecedentes de tiroidite de Hashimoto, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e doença renal crónica [DRC] estadio 4 presumivelmente secundária a obesidade, em estudo em consulta externa de Nefrologia; história de infertilidade não estudada. Medicada com levotiroxina, losartan e sinvastatina. Exame objetivo: ligeiramente hipertensa (141/90mmHg) mas normocárdica (81bpm), com desconforto à palpação do hipocôndrio esquerdo, sem massas ou organomegalias; sem outras alterações. Estudo analítico: creatinina sérica 2.94mg/dL (basal 2.0mg/dL) – TFG (MDRD) 19mL/min/1.73m2; urina com proteinúria ligeira; Gasimetria com pH 7.35 e bicarbonato 18mmol/L; sem outras alterações analíticas. Iniciou fluidoterapia, sem melhoria da função renal. Dado o bom estado geral e a não recorrência dos vómitos, teve alta com orientação para reavaliação precoce.
Reavaliada 5 dias após ida ao SU: quadro de náuseas constantes e vómitos ocasionais, associados a ingestão alimentar; sem novas queixas de dor abdominal. Estudo analítico sobreponível ao do SU. Dada a persistência das náuseas, pedido doseamento de beta hCG, que foi positivo (182417.0mIU/mL). Discutida orientação terapêutica com Nefrologista assistente, com substituição do losartan por amlodipina e reavaliação em consulta de Nefrologia e Obstetrícia.
DISCUSSÃO: A DRC em mulheres em idade fértil é causa potencial de infertilidade ou de complicações na gravidez – maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, restrição de crescimento ou abortamento espontâneo. A gravidez, por seu lado, pode ser causa de progressão da DRC e a mulher grávida deve ser regularmente vigiada por Nefrologia e Obstetrícia. O diagnóstico precoce da gravidez é fundamental à correta orientação terapêutica, de forma a minimizar o risco de complicações. A anamnese cuidada e exaustiva continua a ser a ferramenta mais importante do Internista.

P n.º 2116

Nem todo o fator reumatoide elevado é artrite reumatoide

Pedro Viegas(1);Catarina Antunes Salvado(1);Paula Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

A crioglobulinemia é uma doença caracterizada pela precipitação de proteínas sanguíneas a temperaturas <37ºC. Pode-se apresentar com quadro de artralgias, púrpura, úlceras cutâneas e glomerulonefrite, secundário a infeções víricas crónicas ou gamopatias monoclonais, tais como a Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW). A crioglobulinemia mista tipo II representa a associação de uma mistura monoclonal e policlonal, que se pode associar a fator reumatoide (FR) elevado.
Apresenta-se uma doente de 78 anos, seguida na consulta externa por elevação do FR e artralgias com longos anos de evolução. Foi colocada a hipótese de artrite reumatoide. Como outros antecedentes apresentava HTA e gamopatia monoclonal IgM, com estudo medular normal. Do estudo analítico inicial destaca-se FR 2050 UI/mL, por nefelometria, com IgG, IgA e IgM de FR discretamente aumentados, por ELISA, e anticorpos anti-CCP negativos. Em consulta de seguimento surgiu com edemas dos membros inferiores. No estudo analítico, de salientar, proteinúria nefrótica (Proteínas/Creatinina em urina ocasional de 4.73), com função renal normal, e proteínas séricas de 5.8 g/dL. Posteriormente iniciou lesões purpúricas e úlceras dos membros inferiores. A pesquisa de crioglobulinas revelou-se positiva para crioglobulinas tipo II. A biópsia renal foi compatível com glomerulonefrite membranoproliferativa com depósitos de imunoglobulinas e C3 nas paredes capilares e mesângio. Foi realizado novo estudo medular que, ao demonstrar uma população B monoclonal, levou ao diagnóstico de MW. Neste caso temos uma doente seguida por suspeita de artrite reumatoide, com queixas articulares e elevação do FR. Apesar da suspeição inicial, o quadro clínico manteve-se atípico. O surgimento de novos achados clínicos, vários anos após as alterações do estudo imunológico, culminou com o diagnóstico de crioglobulinemia tipo II em contexto de MW, que pode ser uma causa rara de elevação marcada do FR.

P n.º 2117

A pre-cordialgia maligna

Inês Fernandes Santos(1);Leonor Guia Lopes(1);Catarina Cabral(1);Joana Vaz(1);João Furtado(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:?O?derrame?pericárdico?de etiologia?maligna?é uma causa frequente destes derrames, sobretudo quando?volumoso?e sintomático?(dispneia, taquicárdica, etc.),?mas existem várias causas (infeciosas, quimioterapia,?radioterapia, etc).
Caso clínico:?Descreve-se?o caso de uma doente,?29 anos, melanodérmica, com história de carcinoma invasivo da mama esquerda (diagnosticado 2 anos antes), com metastização ganglionar, hepática e óssea, tendo realizado ooforectomia e quimioterapia paliativa com resposta?sustentada?no último ano. Desde então?sob quimioterapia paliativa (trastuzumab, pertuzumab e denosumab) e hormonoterapia (exemestano).?Em consulta?de Oncologia, a doente referiu toracalgia pleurítica anterior, cefaleia frontal e tosse seca, sem febre ou dispneia. Por exames imagiológicos recentes com áreas em vidro despolido dispersas pelos campos pulmonares e densificação do parênquima no lobo inferior esquerdo, assim como possível?derrame pericárdico, a doente foi avaliada no Serviço de Urgência para excluir?infeção por SARs-CoV-2. Não apresentava alterações?ao exame objetivo nem analíticas. Realizou ecocardiograma transtorácico que evidenciou volumoso derrame pericárdico circunferencial?com colapso diastólico da aurícula direita.?Foi internada no serviço de Medicina Interna.?Realizou?serologias virais para?Troponema pallidum, vírus da imunodeficiência humana, da hepatite B e C (negativas).?Após reavaliação ecográfica, verificaram-se imagens hiperecogénicas pericárdicas sugestivas de depósitos secundários. Por?janela desvaforável para abordagem percutânea, foi feita?janela pleuropericárdica (sem depósitos secundários visíveis), com saída de?transudado com?muitas células,?de predomínio polimorfonuclear. Até ao resultado anatomopatológico (posteriormente revelador?de metastização), foi assumida?possível?cardiotoxicidade e iniciada terapêutica com indometacina e colchicina.?Por estabilidade clínica, a doente foi encaminhada para consulta de Cardio-Oncologia.
Discussão:?Este caso realça uma manifestação pouco habitual de doença neoplásica, alertando para a sua existência e necessidade de enquadrar sintomas comuns noutras entidades que não as causas infecciosas.

P n.º 2119

Encefalite associada a infeção SARS CoV2

Maria Inês Matos(1);Bruno Besteiro(1);Inês de Albuquerque Monteiro(2);Francisco Pombo(3);Leonor Naia(4);Ana Faceira(1);Fernando Friões(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão (3) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (4) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A associação entre infeção SARS-CoV-2 e manifestações neurológicas é cada vez mais reconhecida. Quer seja causada por mecanismos autoimunes, efeitos citotoxicos diretos ou como resposta a tempestade inflamatória ainda é motivo de debate.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, com doença de Parkinson controlada com neuroestimulador profundo, carbidopa/levodopa e pramipexal, com ECOG 0. Doente com infeção SARS-CoV-2 paucissintomática (rinorreia e congestão nasal, sem febre). Três dias após início dos sintomas evoluiu com desorientação, discurso desconexo, angústia e agitação psicomotora. Recorreu ao SU onde se encontrava apirética, desorientada no tempo e espaço, com discurso repetitivo, mas sem défices neurológicos focais ou outras alterações ao exame objetivo. Do estudo realizado sem elevação de parâmetros inflamatórios, função renal, ionograma e painel hepático normais, glicemia 120mg/dL e TSH normal. TC-CE sem alterações. Evoluiu com crise convulsiva tónico-clónica generalizada. Realizou PL com saída de líquido "água de rocha", com 2 células, 200 eritrócitos, proteínas 0.47g/L, sem consumo de glicose. Colheu estudo microbiológico e iniciou aciclovir e levetiracetam. Evoluiu com flutuação do estado de consciência, mantendo crises convulsivas, tendo realizado EEG que mostrou encefalopatia difusa com atividade lenta intermitente bitemporal. A PCR VHS no LCR foi negativa, tendo repetido PL às 72h que se manteve negativa. Realizou RMN-CE que documentou hipersinal T2 flair cortical na alta convexidade parietal esquerda e temporal medial direito sugestivos de encefalite. Repetiu PL com colheita de estudo microbiológico (incluindo pesquisa de SARS-CoV-2), autoimune e de anticorpos antineuronais que foi negativo. Realizou TC-TAP que não apresentava lesões suspeitas de neoplasia. Iniciou pulsos de metilprednisolona. Evoluiu favoravelmente. Repetiu RMN-CE que documentou resolução da áreas de hipersinal, fortalecendo a hipótese de encefalite associada a infeção SARS-CoV-2.

Discussão: Este caso alerta para a associação entre infeção SARS-CoV-2 e encefalite, juntando-se aos outros relatos de caso encontrados na literatura. A realização de PL e RMN-CE são essenciais nestes casos, quer para o diagnóstico diferencial, quer para a documentação de resolução com a corticoterapia.

P n.º 2124

Caso clínico de infeção oportunística por Cryptosporidium - ainda uma realidade

Rita Ferreira(1);Miguel Pinheiro(1);Marta Fagulha(1);Marta Noronha Carvalho(1);António Epifânio Mesquita(1);João Oliveira(1);Pedro Caiado Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doentes com infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) são mais vulneráveis a infeções oportunistas. Dentro das complicações gastrointestinais, o Cryptosporidium é reconhecido como um agente etiológico em casos de diarreia crónica severa em doentes com VIH, sobretudo quando a contagem de CD4+ é inferior a 100 cels/ul. Além disso, doentes podem desenvolver ainda colangiopatia associada ao HIV, com dilatação das vias biliares causada por infeção, cujo principal agente etiológico também é o Cryptosporidium.
Homem, 44 anos, melanodérmico, natural de Guiné-Bissau, alérgico a Trimetroprim-Sulfametoxazol, é internado por quadro de diarreia crónica com 15 dias de evolução, associado a dor abdominal nos quadrantes superiores. Analiticamente destacava-se aumento da gama-glutamiltransferase (93 U/L) associado a ligeiro aumento das transaminases. A pesquisa de VIH revelou-se positiva, com contagem CD4+ 16 cels/uL e carga viral de 566 mil cópias/mL; restantes serologias infecciosas negativas. IGRA negativo. As fezes não apresentavam muco ou sangue e o seu exame cultural foi negativo para Shigella, Salmonella e Campylobacter. Observados nas fezes muitos oocistos de Cryptosporidium. Colonoscopia revelou ileíte associada a infecção por Cryptosporidium spp. TC abdominal revelou dilatação da rede biliar intra e extra-hepática. Foi iniciada terapêutica anti-retroviral e antibioterapia dirigida com Paramomicina durante 21 dias e Azitromicina. Foi administrada ainda Atovaquona para profilaxia de Pneumocistis jirovecci. Observou-se resolução de diarreia, e após um mês de terapêutica anti-retroviral apresentava contagem de CD4+ de 181 cels/uL e carga viral de 91 cópias/mL.
Este caso demonstra a presença de infeção oportunística por Cryptosporidium associado a colangiopatia, algo que acontecia em 26% dos doentes com VIH na era pré terapêutica retro-viral, mas que ainda pode acontecer nos tempos atuais, pelo que o nível de suspeição deve estar sempre presente.

P n.º 2128

Uma causa a ter em conta na paragem cardiorrespiratória

Francisco Costa Mendes(1);Helena Hipólito Reis(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Título – Uma causa a ter em conta na paragem cardiorrespiratória
Introdução – O tromboembolismo pulmonar maciço é uma causa de paragem cardiorrespiratória, devendo sempre ser excluído. Para a sua etiologia contribuem vários fatores, nomeadamente a imobilização prolongada ou contexto pós-operatório.
Caso clínico
Uma doente de 79 anos, hipertensa e diabética com nefropatia diabética (doença renal crónica estadio 1) é submetida em dezembro de 2021 a artroplastia pós-fratura trocantérica. Dois meses após este internamento, tem síncope sem fator desencadeante no domicílio. No Serviço de Urgência evidenciado choque cardiogénico. Realizou ecoscopia na sala de emergência com dilatação das cavidades direitas e abaulamento do septo interventricular. Angio-TC a documentar tromboembolismo pulmonar central que se extende a todos os ramos lobares bilateralmente. Iniciou perfusão de alteplase, entrando em paragem cardiorrespiratória, sempre em ritmo não desfibrilhavel, com recuperação espontânea de consciência após 5 ciclos de suporte avançado de vida. Completou 100mg de perfusão de alteplase e foi internada em Unidade de Cuidados Intensivos. Sem evidência clínica ou imagiológica de disfunção neurológica. Iniciou heparina de baixo peso molecular no internamento.
Sem evidência de trombose venosa superficial ou profunda no estudo realizado.
A doente teria suspendido anticoagulação profilática após 4 semanas de pós-operatório, contudo não teria retomado marcha ou carga por dor.
Teve alta orientada para consulta e medicada com apixabano 5mg 12/12 horas.
Discussão – Este caso clínico realça a importância da consideração do tromboembolismo pulmonar maciço como causa de paragem cardiorrespiratória, bem como da realização de uma ecoscopia à cabeceira do doente neste contexto, com iniciação precoce de terapêutica fibrinolítica. Por outro lado, também se questiona a consideração de extensão da anticoagulação profilática pós-operatória quando o doente se mantenha imobilizado.

P n.º 2129

Importância do contexto epidemiológico num caso de brucelose

Emanuel Ângelo Lopes Carvalho(1);Ana Pessoa(1);Violeta Vásquez(1);Mário Esteves(1)
(1) CHMA - Famalicão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A brucelose é uma zoonose com uma elevada incidência em Portugal, causada por contacto direto ou indireto com animais infectados pela ingestão de alimentos contaminados ou pelo contacto com fluídos ou tecidos infectados. Apresenta-se com sintomas inespecíficos e poucos achados no exame objetivo, tornando-se um diagnóstico desafiante, que é preciso suspeitar mediante o contexto epidemiológico do doente.
Caso clínico: Homem, 56 anos de idade, serralheiro, residente em meio urbano num apartamento com água e saneamento público. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com uma semana de evolução de artralgias bilaterais, inicialmente nos joelhos, com alastramento às mãos e cotovelos, sem história de traumatismo prévio, com febre vespertina e hipersudorese noturna. À avaliação médica extensa, apresentava apenas febre e aumento dos parâmetros inflamatórios. Após clarificação do contexto epidemiológico, o doente revelou apresentar contacto diário com ovelhas. Neste sentido, foi pesquisada a reacção de Wright que foi positiva, pelo que foi feito o diagnóstico presuntivo de brucelose em fase aguda. O doente iniciou antibioterapia dirigida, tendo apresentado evolução clínica e analítica favorável com melhoria sintomática. Na reavaliação em consulta externa após 3 meses, o doente estava assintomático e apresentava seroconversão da imunoglobulina (Ig) M e IgG anti-brucella.
Conclusão: Apesar de associarmos muitas vezes as zoonoses a zonas mais rurais, é importante a colheita exaustiva de um contexto epidemiológico perante suspeita clínica, já que muitos doentes residentes em meio urbano podem ter atividade em meio rural.

P n.º 2132

Colite por citomegalovirus no diagnóstico inaugural de colite ulcerosa

Pedro Leal(1);Miguel Oliveira Santos(2);Inês Carmo e Pinto(1);Guilherme Sacramento(1);Andrea Castanheira(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1);Catarina O'Neill(1);Rui Mendo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) IPO Lisboa

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A sobreinfeção por citomegalovírus (CMV) é uma complicação frequente nos doentes com colite ulcerosa (CU) sob imunossupressão e associa-se frequentemente a má resposta à terapêutica. O diagnóstico concomitante e inaugural de CU e de colite por CMV é mais raro e pode levar a um curso clínico mais agressivo.
Caso clínico: Homem, 68 anos, autónomo, antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, hipertensão arterial, fissura anal, tabagismo activo. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro de 12 dejeções líquidas, sem pus ou muco, com presença de sangue vivo, com 3 meses de evolução, associado a perda ponderal de 13Kg. No SU objectivou-se desidratação com lesão renal aguda. Os exames bacteriológico, parasitológico e pesquisa de C. difficile nas fezes foram negativos. Realizou tomografia computorizada abdominal, que revelou espessamento parietal difuso e contínuo de todo o cólon. Foi internado para estudo etiológico. Realizou colonoscopia que identificou atingimento contínuo da mucosa com erosões e múltiplas úlceras profundas e coalescentes, foram realizadas biópsias compatíveis com CU, com apenas um núcleo suspeito para CMV. O doente ficou ao cuidado da Gastrenterologia, iniciou 5-ASA em dose alta e fez estudo pré-imunossupressão, posteriormento iniciando ustecinumab. Após 1 semana, por manutenção de hematoquézias e após obtenção de resultados positivos de PCR para CMV na biópsia foi assumida sobreinfeção a CMV e iniciado ganciclovir. 5 dias depois ocorreu perfuração intestinal, tendo sido submetido a hemicolectomia direita urgente. Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos, falecendo 2 dias depois por choque séptico.
Discussão: Aqui apresentamos um caso de colite por CMV concomitante com o diagnóstico inaugural de CU, com um curso grave e desfecho desfavorável. Este caso ilustra a potencial gravidade desta patologia e as consequências do atraso no início da terapêutica causado pela dificuldade no diagnóstico conclusivo.

P n.º 2139
Derrame pleural mielomatoso: uma entidade rara que agrava o prognóstico
Ana Rita Pedroso(1);Patrícia da Cunha Brito(1);Inês Manuel Gonçalves(1);Rita Gonçalves Pinto(1);Olinda Sousa Caetano(1);Marina Alves(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica resultante da proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea. O envolvimento extramedular é incomum ao diagnóstico (6%). A infiltração pleural origina o derrame pleural mielomatoso, uma entidade rara (<1%) que diminui a sobrevida.
Caso clínico:
Homem de 58 anos, com antecedente de tromboembolismo pulmonar bilateral. Admitido por dor na base do hemitórax esquerdo com uma semana de evolução, de agravamento progressivo, que não cedia à analgesia. Associadamente, com tosse, dispneia para médios esforços e anorexia. Ao exame físico, com diminuição do murmúrio vesicular no ? inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente, apresentava hipoxemia, anemia normocítica/normocrómica, aumento das proteínas totais e lesão renal aguda. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica que demonstrou “derrame pleural de moderado volume à esquerda, com espessamento da pleura costal, configurando nódulos e massas pleurais…adenopatias axilares esquerdas, supra-claviculares, e mediastínicas…”.
Ficou internado para estudo. Realizou toracocentese, sendo identificado exsudado, com plasmócitos na citologia e imunofenotipagem. Na eletroforese de proteínas séricas observou-se pico monoclonal IgA/kappa e a tomografia com emissão de positrões revelou “captação aumentada em várias peças vertebrais e espessamento da pleura costal direita”. Diagnosticou-se Mieloma Múltiplo, confirmado em biópsia óssea (“Infiltração não quantificada de plasmócitos…”) e de massas pleurais. No contexto, fez doseamento de Beta-2-microglobulina (15 946ng/mL), que veio aumentada.
Iniciou tratamento dirigido com esquema CYBORDEXA sob orientação da Hemato-oncologia, com boa resposta e sem intercorrências, tendo alta, referenciado para esta especialidade.
Discussão:
Na presença de MM ativo e com a doença num estadio tão avançado, o prognóstico associado é muito reservado, contudo, a taxa de sobrevivência nestes casos a 5 anos ronda os 54%.

P n.º 2142

Consequências Cerebrovasculares da Síndrome Antifosfolipídica

JOAO OLIVEIRA(1);Daniela Meireles(1);Inês Almeida Pintor(1);Mariana Leitão Marques(2);Luísa Sousa(2);Joana Neves(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Síndrome Antifosfolipídica (SAF) é uma doença autoimune sistémica caracterizada por trombose arterial ou venosa e/ou complicações obstétricas na presença de evidência laboratorial persistente de anticorpos antifosfolípidos.
Caso Clínico: Jovem do sexo masculino de 28 anos (jogador de futebol) recorreu ao Serviço de Urgência a 09/12/2021 por hipoestesia e hemiparesia esquerda com 3 semanas de evolução. Apresentava como antecedentes pessoais relevantes Trombose Venosa Profunda do membro inferior direito em 08/2021 (admitido incumprimento de terapêutica anticoagulante após a alta) e Tromboembolia Pulmonar em 11/2021 (cumprimento de terapêutica anticoagulante desde então). Dos antecedentes familiares destacava-se o facto do seu pai ter tido hemorragia mesencefálica direita aos 42 anos e posterior AVC isquémico, e a sua avó paterna teve AVC isquémico aos 58 anos. No exame neurológico à admissão apresentava hemiparésia (força grau 4 em ambos os membros) e hipoestesia à esquerda. A TC CE revelou hipodensidade corticossubcortical pós-central parassagital direita inespecífica e AngioTC CE objetivou alteração segmentar do preenchimento do segmento cervical proximal da artéria carótida interna (ACI) direita, de limites irregulares, sem oclusão; facto confirmado por Ecodoppler dos vasos do pescoço (estenose de 50% na ACI direita de aspeto intensamente lipídico). O estudo analítico revelou anticoagulante lúpico positivo bem como elevação dos anticorpos anti-β2-glicoproteína e anti cardiolipina (IgG) que se mantiveram após 12 semanas. O doente cumpriu terapêutica antitrombótica tripla e estatina de alta dose tendo evoluído favoravelmente com recuperação dos défices.
Discussão: O AVC/AIT é a manifestação neurológica mais comum da SAF e ocorre em idades jovens comparativamente com a população geral daí que o clínico deva estar alerta para a possibilidade diagnóstica desta entidade desafiante.

P n.º 2143

VASCULITE CUTÂNEA DE PEQUENOS VASOS SECUNDÁRIA A APIXABANO – UMA ENTIDADE RARA: CASO CLÍNICO

Ana Rubim Correia(1);Sara Raquel Martins(1);Pedro Maia Neves(1);Laura Pratas Guerra(1);Rogério Gomes Silva(1);Andrea Mateus(1);Carina Andrade(1);Rosa Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A gestão da hipocoagulação é uma problemática frequente para o Internista. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs) são fármacos cada vez mais utilizados. No entanto, estão descritos 50 casos de vasculites cutâneas de pequenos vasos associadas a DOACs.
CASO CLÍNICO: Mulher de 75 anos com cardiopatia multifatorial (hipertensiva e forâmen ovale patente não encerrado), fibrilhação auricular com história de acidente vascular cerebral cardioembólico, dislipidemia, doença renal crónica e síndrome demencial vascular. Apixabano introduzido há 2 meses, em doente com hipocoagulação previamente suspensa por história de retorragias, com ponto de partida incerto (sob antagonista da vitamina K em níveis terapêuticos). Apresenta-se com rash com 1 mês de evolução nos membros superiores e inferiores e tronco. Objetivamente, com lesões purpúricas maculopapulares dispersas. Analiticamente, anemia ferropénica, sem trombocitopenia, perfil bioquímico sem alterações. Biópsia cutânea com vasculite leucocitoclástica, sem complexos de IgA. A doente pontuava 7 no algoritmo de Naranjo, sugerindo reação adversa provável ao apixabano. Excluídas outras causas de vasculite. Apresentou resolução progressiva das lesões com suspensão do fármaco. Estas recorreram após início de rivaroxabano, tendo sido também este descontinuado, com resolução do quadro. Estudos endoscópicos com divertículos do sigmóide e petéquias ileais (com histologia a demonstrar infiltrado inflamatório linfocitário e com polimorfonucleares peri-vascular). Face a hemorragia digestiva de repetição (não passível de tratamento endoscópico) e anemia em doente com sindrome demencial, pesados riscos/benefícios com familiares e decidida suspensão de hipocoagulação.
DISCUSSÃO: O nosso caso pretende alertar para uma reação rara – vasculite secundária a DOACs. Este é um diagnóstico de exclusão e a sua abordagem passa por descontinuação o fármaco. A escolha de esquema anticoagulante nestes casos poderá ser difícil.

P n.º 2146
Linfoma de células T angioimunoblástico
GABRIELA MARIA COSTEIRA PAULO(1);Flávia Freitas(1);Dany Cruz(1);Flávia Fundora Ramos(1);Catarina Pinto Silva(1);João Pedro Abreu(1);Márcia Ribeiro(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: O linfoma de células T angioimunoblástico é um dos tipos de linfomas de células T mais comum e dos mais agressivos. A faixa etária média mais afetada é 60-65 anos.
DESCRIÇÃO DO CASO: Homem, 60 anos, carpinteiro, hipertenso, diabético, não fumador. Recorreu ao Serviço de Urgência por hipersudorese noturna com 15 dias de evolução; anorexia com 1 semana de evolução e dor no flanco esquerdo que agravava com valsalva. Negou febre, astenia, perda ponderal, prurido, perdas hemáticas. Em 2021 com pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo, não prosseguiu com estudo por colonoscopia. Ao exame objetivo com adenopatias inguinais palpáveis, maiores à direita. O TC mostrou hepatomegalia (19 cm) + esplenomegalia (17 cm), bem como adenopatias axilares bilateralmente, mediastínicas, celíacas, periportais, pancreatoduodenais, periaórticas e pericavais e ilíacas - as mais volumosas na região ilíaca esquerda com marcada redução da permeabilidade da veia ilíaca, sem trombose venosa associada. Analiticamente, anemia normocítica normocrómica, sem alterações de outras linhagens, VS 60mm, LDH 389 U/L e Beta-2-microglobulina de 4mg/L. Esfregaço sangue periférico: Presença de 2% de plasmócitos e 1% de linfócitos com citoplasma basófilo, cromatina laxa e nucléolos visíveis (Células linfoplasmocitárias). Serologias VIH e Hepatite C negativas. Serologia EBV revelou contacto prévio. Por suspeita de doença linfoproliferativa, internado para continuação do estudo. Realizada biópsia excisional do conglomerado adenopático inguinal esquerdo, cuja histologia e imunocitoquímica revelou Linfoma de células T angioimunoblástico. A realizar colonoscopia no ambulatório e orientado para a consulta de hemato-oncologia.
DISCUSSÂO DO CASO: Este caso ilustra-nos a importância de reconhecimento e avaliação imediata de sintomas B, nomeadamente a sua evolução rápida, para diagnóstico e orientação terapêutica precoce de um linfoma de caráter agressivo.

P n.º 2147

Golpe de calor – uma afetação multissistémica

Dra. Mafalda Ferreira(1);Joana Carvalho(1);Filipa Leitão(1);Olga Korobka(1);Diana Brites(1);Manuel Carvalho(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Golpe de calor clássico é uma resposta inflamatória sistémica caracterizada por hipertermia, disfunção neurológica e um grau variável de disfunção orgânica, nomeadamente lesão renal, hepática, insuficiência respiratória, isquemia intestinal, alterações hematológicas, rabdomiólise, etc., devido à exposição a uma temperatura ambiental elevada. Esta resposta é mais frequente nas idades extremas da vida, devido à sua fraca reserva fisiológica.
Apresenta-se um homem, de 74 anos, com BAV de 2º grau Mobitz tipo 1, com vários episódios de síncope, hipertensão arterial e tremor essencial. Terá estado desaparecido durante 7 horas e foi encontrado, na floresta, com discurso confuso e múltiplas lesões cutâneas (abrasões, flictenas, etc.).
No SU, o doente tinha uma temperatura de 39,2°C e alteração do estado de consciência. Os exames complementares de diagnóstico evidenciaram uma afetação multissistémica importante (leucocitose acentuada, lesão renal aguda, citólise hepática, rabdomiólise, aumento dos marcadores de necrose miocárdica e acidose metabólica). O TC-CE não mostrou imagens sugestivas de lesão isquémica/hemorrágica e o ECG não mostrou alterações de novo.
O doente foi internado com o diagnóstico de golpe de calor clássico com lesão renal aguda, de etiologia renal, por necrose tubular aguda secundária à rabdomiólise, acidose metabólica, citólise hepática e lesão miocárdica aguda.
Ao longo do internamento, apesar da intensa fluidoterapia e das medidas de arrefecimento, que são a primeira linha de tratamento, o doente não mostrou melhoria da função renal, tendo ficado anúrico, pelo que iniciou terapêutica dialítica, que manteve após a alta. As restantes alterações foram normalizando, exceto a disfunção neurológica (manteve desorientação temporo-espacial e delirium).
O golpe de calor é uma emergência médica, de especial importância no idoso, sobretudo em ambiente rural, que pode comprometer gravemente a vida do doente, com disfunção de órgão permanente, ainda que detetado e tratado atempadamente.

P n.º 2149

Derrame pericárdico de grande volume: uma pista silenciosa

Manuel Costa Pinto(1);Margarida Arantes Silva(1);Cecília Vilas Boas Soares(1);Núria Fonseca(1);Cátia Dias(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: O derrame pericárdico constitui uma condição clínica que se pode apresentar sem sintomatologia associada ou com gravidade crescente até tamponamento cardíaco, dependendo do volume de líquido acumulado e do tempo de instalação. Várias etiologias são passíveis de ser identificadas, nomeadamente infeciosa, metabólica, urémica ou no contexto de doenças sistémicas ou lesões do pericárdio. No entanto, sobretudo quando se trata de derrame pericárdico de grande volume, nem sempre se consegue identificar uma etiologia no estudo efetuado.

Caso clínico: Doente do género feminino, 82 anos, autónoma, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, dislipidemia, doença pulmonar crónica, doença renal crónica estadio 3b e úlcera gástrica. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento progressivo de dispneia, ortopneia e dispneia paroxística noturna com três semanas de evolução. Analiticamente, sem aumento de parâmetros inflamatórios, marcadores de necrose miocárdica ou uremia, com função renal no seu habitual. Radiologicamente, com aumento do índice cardiotorácico. Face a estes achados inespecíficos, realizou ecocardiograma transtorácico que revelou derrame pericárdico de grande volume com ligeiro compromisso da função cardíaca. A doente ficou internada para tratamento e estudo etiológico do derrame. Realizou pericardiocentese com drenagem de 2080 mL de liquído serohemático e fez ciclo de anti-inflamatórios. O estudo etiológico foi inconclusivo, nomeadamente com despiste de causa tumoral, autoimune ou infeciosa. No seguimento a longo prazo não apresentou recorrência do derrame ou da sintomatologia.

Discussão: A presença de derrame pericárdico de grande volume pode estar associada a situações de prognóstico reservado, mas também benignas de instalação insidiosa e progressiva. O estudo etiológico completo é crucial quando identificado, mas nem sempre conclusivo. Nessas situações, deve ser assegurada vigilância apertada e repetido o estudo em caso de recorrência.

P n.º 2150
LINFADENITE TUBERCULOSA – UM DIAGNÓSTICO RARO DE UMA DOENÇA COMUM

Joana Silvério Simões(1);Mafalda Corrêa Figueira(1);Bárbara Lobão(1);José Pedro Villa de Brito(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose (TB) é uma infeção granulomatosa causada por mycobacterium tuberculosis. Todos os órgãos podem ser acometidos, embora em 70% dos casos tenha localização pulmonar. Apesar da sua incidência estar a diminuir nos países desenvolvidos, constitui ainda um importante problema de saúde pública.

Caso Clínico: Homem de 21 anos, natural de Moçambique, a residir em Portugal há 2 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, apresenta-se com quadro com 1 mês de evolução de múltiplas tumefações cervicais indolores e perda ponderal de 3 kg, sem febre, suores noturnos ou outros sintomas associados. Realizou TC que confirmava a presença de múltiplas adenopatias cervicais e mediastínicas, a maior com 2 cm de diâmetro com centro hipodenso provavelmente necrosado. Analiticamente destacava-se ligeira elevação da PCR (1,26 mg/dL), sem outras alterações relevantes. Foram excluídas causas virais (serologias para HIV, CMV, EBV, hepatite B e C negativas) e autoimunes (ECA negativa). Não foi possível realizar IGRA por indisponibilidade do reagente. Realizou biópsia de uma adenopatia sem evidência de células neoplásicas. Foi realizada cultura do gânglio linfático, tendo isolamento de mycobacterium tuberculosis aos 60 dias de cultura. Admitiu-se o diagnóstico de TB ganglionar e o doente foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico para terapêutica e seguimento.

Discussão: A linfadenite cervical, apesar de rara, é a localização mais frequente da TB extrapulmonar. A sua manifestação é geralmente indolente, sem sintomas sistémicos associados, tal como ilustra o caso clínico. Um diagnóstico precoce é fundamental para reduzir as sequelas a longo prazo e reduzir a disseminação da doença.

P n.º 2155

Imunomodelarores, quando todo o cuidado é pouco

João Freitas(1);Henrique Barbacena(1);Raquel Soares(1);Patricia Howell Monteiro(1);Pedro Costa(1);Samuel r Fernandes(1);Sónia Bernardo(1);Luís Araújo-Correia(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os Anti Fator de Necrose Tumoral alfa (anti-TNFa) revolucionaram o tratamento de muitas doenças autoimunes, sendo amplamente prescritos neste contexto. Apesar dos benefícios, o seu efeito imunomodelador associa-se a um maior risco de desenvolvimento de infeções oportunistas. A tuberculose (TB) é uma das complicações infeciosas mais temidas, pelo que é de extrema importância a realização de testes de rastreio para exclusão de TB latente. Atualmente os exames de imagem e os ensaios de libertação de interferão ?? são amplamente aplicados neste contexto, pelo que os casos de TB disseminada em associação com esta terapêutica são atualmente raros.
Mulher 45 anos, com antecedentes de Doença de Chron (DC) fistulizante com necessidade de resseção intestinal, sob terapêutica hipocoagulante por trombo mural na aorta torácica. Por DC refratária a corticoterapia e azatioprina iniciou terapêutica com Infliximab (IFX) após exclusão de TB (Radiografia de tórax sem alterações suspeitas e IGRA negativo). Cerca de 8 meses após início de IFX recorre ao serviço de urgência por tosse, anorexia e astenia com 2 semanas de evolução. Sem contexto epidemiológico de relevo. À admissão encontrava-se febril (39ºC) e hipoxémica. Laboratorialmente apresentava elevação de VS (120 mm) e PCR (14 mg/dL). A angio-TC pulmonar revelou micronódulos parenquimatosos pulmonares bilaterais sugestivos de TB miliar não presente em TC prévia (1 mês antes). A pesquisa de micobactérias em amostra de expectoração revelou-se positiva. Suspendeu IFX e cumpriu terapêutica com antibacilares com melhoria clínica e imagiológica, permitindo a reintrodução de IFX ao fim de 4 semanas.
Este caso retrata uma manifestação grave e rapidamente progressiva de TB por provável reativação de TB latente apesar de rastreio prévio negativo, o que levanta a necessidade de alto grau de suspeição clínica em doente imunodeprimidos e desenvolvimento de novas estratégias de diagnóstico precoce neste grupo particular de doentes.

P n.º 2163

Reconhecer a importância do diagnóstico diferencial em UCI

Filipa Mousinho(1);a. Ferreira Simões(2);Tânia Faustino Mendes(2);Ana m. de Oliveira(2);José Pedro Andrade(2);João Gonçalves Pereira(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Complicações metabólicas em doentes críticos são muitas vezes o resultado de um grupo heterogéneo de distúrbios que ocorrem simultaneamente.
Mulher, 24 anos, com diabetes mellitus 1 (DM1), admitida em UCI por cetoacidose grave. Sem evidência de infeção. Tinha história de perda ponderal de 20kg em 1 ano e ao exame objetivo destacava-se massa abdominal palpável nos quadrantes direitos e adenopatia cervical esquerda (1cm), de consistência elástica. A TC abdominal confirmou a existência de hepatomegalia volumosa (>25cm), que se estendia até ao bordo superior da crista ilíaca anterior, sem ascite. Analiticamente, destacou-se queda abrupta da contagem celular em relação aos valores basais (Hb 10g/dL, leucócitos 3.9x109/L, plaquetas 131x109/L), com fórmula leucocitária normal.
Por suspeita de doença linfoproliferativa, foi avaliada em consulta de Hematologia, onde a reavaliação analítica mostrou recuperação total e espontânea do hemograma, esfregaço de sangue periférico não mostrou formas celulares anormais, tendo-se interpretado a perda ponderal como secundária ao mau controlo metabólico. Do restante estudo: níveis séricos de cobre, ceruloplasmina e alfa-fetoproteina normais; proteinograma sem alterações; imunofixação soro negativa; serologias virais negativas; sem discrasia de plasmócitos. Foram geneticamente excluídas outras patologias que cursam com infiltração hepática. A biópsia hepática mostrou esteatose macrovesicular difusa e agregados de núcleos glicogenados (associada a DM), sem outras alterações.
A glicogenose hepática caracteriza-se pela acumulação excessiva de glicogénio nos hepatócitos, ocorrendo mais frequentemente em doentes com DM1 mal controlada, integrando-se neste contexto a hepatomegalia.
Este caso destaca-se pela hepatomegalia exuberante secundária a DM1, mas que exigiu brainstorming e um olhar abrangente. Pretendemos destacar que a heterogeneidade clínica do doente crítico não deve negligenciar o valor do diagnóstico diferencial precoce.

P n.º 2165

Uma importante história alimentar – A propósito de um caso clínico.

Pedro Viegas(1);Raquel Moura(1);Alexandra Guedes(1);Pedro Magalhães(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

O Défice de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD) é uma forma de anemia hemolítica aguda, que resulta da exposição de um indivíduo deficiente nesta enzima a stress oxidativo, por exposição a favas ou fármacos. A apresentação da patologia é variável sendo frequentemente assintomática até que um insulto oxidativo leva a fenómenos hemolíticos. A confirmação passa pelo teste bioquímico do défice de G6PD e/ou pelo teste genético. O tratamento é de suporte e evicção dos fatores desencadeantes.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 51 anos, com antecedentes de hipotiroidismo, que recorreu ao Serviço de Urgência por noção de icterícia escleral e colúria desde essa manhã. Dois dias antes iniciou quadro de cefaleia, náuseas e anorexia, que evoluiu para mialgias e dor lombar bilateral persistente e sem cedência ao paracetamol. Negava perdas hemáticas. Negava viagens recentes ou introdução de novos fármacos. Referia consumo de chá de ervanária. No dia prévio ao início dos sintomas ingeriu favas em grande quantidade, algo que nunca tinha comido. Ao exame objetivo destacava-se hepatomegalia e escleras ictéricas.

Analiticamente apresentava anemia (Hemoglobina 7.1 g/dL, VGM 96.9 fL, HGM 30.8 pg, reticulócitos 2.54%), ferritina 3904 ng/mL, haptoglobina indoseável, LDH 626 U/L e hiperbilirrubinemia indirecta (Bilirrubina total 3.86 mg/dL e direta 0.72 mg/dL). O teste de antiglobulina directa foi negativo. O estudo da coagulação mostrava INR 1.09, APTT 27.2 segundos, fibrinogénio 482 mg/dL. O esfregaço de sangue periférico demonstrou bite-cells; a pesquisa de défice de G6PD foi negativa. O rastreio sético e pesquisas VHC, VHB e VIH foram negativas.

Foi realizado suporte transfusional com boa resposta. Após estabilização, a doente teve alta com indicação para evicção de alimentos contendo grão de fava e produtos de ervanária.

Na presença de um quadro hemolítico de novo é necessário ter em conta várias etiologias, tais como autoimunidade, microangiopatia e causas intrínsecas. O favismo é um diagnóstico não só analítico, mas principalmente clínico. Apesar da pesquisa negativa do défice de G6PD, algo que pode acontecer devido à hemólise dos eritrócitos afetados, o quadro hemolítico e o desencadeante identificado tornam esta entidade muito provável nesta doente. A pesquisa do défice deverá ser repetida aos 3 meses.

P n.º 2166

O segredo por detrás de uma pneumonia

GABRIELA MARIA COSTEIRA PAULO(1);Flávia Freitas(1);Dany Cruz(1);Flávia Fundora Ramos(1);João Mota(1);Márcia Ribeiro(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO: A pneumonia é uma doença geralmente de fácil diagnóstico. Contudo, tosse prolongada, associada a sintomas gerais, deve alertar para outros diagnósticos diferenciais.
DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher, 83 anos, antecedentes de tuberculose pulmonar há 38 anos. Diagnosticada com pneumonia lobo inferior direito (LID), recorreu ao Serviço de Urgência por manutenção de tosse seca, associada a hipersudorese noturna, anorexia e astenia com 1 mês de evolução, sem resposta a tratamento com amoxicilina/clavulanato+azitromicina e levofloxacina. Sem dispneia, perda ponderal ou perdas hemáticas. Analiticamente, 17400 leucócitos com 78.4% de neutrófilos, anemia (Hb 6,0g/dL), VS 110mm. Sem insuficiência respiratória. TC com atelectasia obstrutiva do segmento superior do LID. Iniciado piperacilina/tazobactam. Teste IGRA resultado indeterminado; pesquisa de BK na expetoração negativo; hemoculturas seriadas negativas. Colonoscopia normal e endoscopia com áreas de gastrite crónica com displasia de baixo grau. Por ausência de resposta a 3 ciclos de antibioterapia e broncofibroscopia inconclusiva, realizou biópsia aspirativa transpulmonar (BAT). Na BAT, PCR de Mycobacterium tuberculosis negativo; isolamento de Staphylococcus capitis multissensível. Iniciado flucloxacilina, alargado curso de antibiótico para 21 dias, por intercorrência com múltiplas flebites nos membros superiores, com boa resposta clínica e analítica. A histologia revelou um tumor Miofibroblástico Inflamatório do Pulmão. Foi orientada para consulta de Medicina e Instituto Português de Oncologia.

DISCUSSÃO DO CASO: O tumor Miofibroblástico Inflamatório do Pulmão é um tumor raro, mais comum em crianças. Surge geralmente nas regiões periféricas, nos lobos inferiores. Pode ser assintomático ou apresentar-se com tosse e sintomas sistémicos. Costuma ser benigno, contudo nalguns casos pode invadir estruturas adjacentes. Este caso assume particular relevância pela raridade deste tumor, bem como pela faixa etária em que surgiu.

P n.º 2169

Isquemia intestinal e pneumatose intestinal e portal em doente com Doença de Crohn

Mafalda Sousa(1);Marta Cerol(1);Maria Inês Santos(1);Margarida Pereira(1);Cátia Correia(1);Marisa Brochado(1);Paula Cerqueira(1);Patrícia Macedo Simões(1);Nuno Cotrim(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A Doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal crónica com uma complexa fisiopatologia e múltiplas complicações. Esta doença tem vários fatores que predispõem o desenvolvimento de pneumatose intestinal (PI). Apresentamos um caso de complicação grave da DC.
CASO CLÍNICO: Homem, 68 anos, com antecedentes de DC sob vedolizumab, gastrite crónica e doença bipolar. Recorreu ao serviço de urgência por dor hipogástrica e vómitos de conteúdo alimentar. Negava outros sintomas. À admissão estava febril (39,2ºC) e hemodinamicamente estável. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação na fossa ilíaca esquerda com sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e na gasimetria arterial apresentava acidemia metabólica e lactatos aumentados (9,1mmol/L). Realizou TAC abdominopélvico que mostrou aspetos de oclusão intestinal com marcada distensão do delgado a montante, níveis hidroaéreos e colapso do colon; mostrava isquemia e PI nos quadrantes esquerdos do delgado; observou-se ainda exuberante pneumatose portal (PP) com ar nas veias mesentérica, porta e ramos intrahepáticos. Realizou resseção do segmento isquémico; não apresentava perfuração de ansa. Foi transferido para a unidade de cuidados intensivos (UCI). Já na UCI manteve-se em choque séptico apesar das medidas e terapêutica instituídas, acabando por falecer.
DISCUSSÃO: A PI e PP está associada a diversas patologias: traumáticas, iatrogénicas, inflamatórias, induzida por fármacos (corticoides e imunossupressores), infeciosas, neoplásicas, obstrutivas. No entanto, estas entidades relacionam-se principalmente com a isquemia intestinal. O mecanismo patogénico mais aceite explica-se pela difusão de gás produzido pelas bactérias da flora intestinal pela parede visceral. Isto deve-se à pressão exercida pelo ar intraluminal que, através de defeitos da mucosa, infiltra a microvascularização parietal intestinal, alcançando a via mesentérica portal e causando PP.

P n.º 2177

Pseudo-hipoglicémia – quando nem tudo o que parece é!

Inês Fernandes Santos(1);Maria Inês Simão(1);Maria João Lúcio(1);Catarina Cabral(1);Joana Vaz(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução:?A hipoglicémia (glicémia <70 mg/dl em doentes diabéticos ou <55 mg/dl e na presença de sintomas em doentes não diabéticos) é comumente associada a doentes diabéticos e pode apresentar várias etiologias. Manifesta-se com sintomas autonómicos e/ou neuroglicopénicos e, se prolongada, pode levar a lesão cerebral aguda.
Caso clínico:?Trata-se de um doente, 70 anos, com história de espondilite anquilosante, polipose cólica, bócio colóide com hipotiroidismo, hipertensão arterial e doença cerebrovascular.
Por quadro de disartria com <24h de evolução foi admitido no Serviço de Urgência. Referia, ainda, agravamento da surdez bilateral e aparecimento de lesões cutâneas acastanhadas no abdómen e dorso nos meses anteriores e episódios autolimitados de fenómeno de Raynaud no ano anterior. Por lesões cerebrais ocupantes de espaço evidentes na TC de crânio, foi internado no Serviço de Medicina Interna.
Durante o internamento, após biópsia de lesão cerebral, diagnosticou-se um glioblastoma multifocal e as lesões cutâneas foram compatíveis com morfeia. Os episódios de fenómeno de Raynaud, por capilaroscopia sem alterações e estudo de anticorpos associados a esclerose sistémica dentro da normalidade, foram assumidos no contexto paraneoplásico.
No entanto, o internamento foi pautado por episódios de glicémias capilares <55 mg/dl. Não se tratando de um doente diabético, nem sob medicação hipoglicemiante, foi realizado um estudo exaustivo que excluiu as causas mais comuns de hipoglicémia (doença hepática, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, desnutrição, sépsis, fármacos, défices hormonais ou hiperinsulinismo, autoimunidade, etc.). Uma vez que os episódios se mantiveram frequentes e assintomáticos, optou-se por realizar colheita de sangue capilar e venoso simultaneamente para comparar os valores: duas amostras de sangue capilar revelaram valores de 25 e 30 mg/dl e a amostra de sangue venoso correspondeu a 106 mg/dl.
Assim, assumiu-se esta discrepância no contexto da má perfusão periférica por fenómeno de Raynaud paraneoplásico, assumindo-se pseudo-hipoglicémia.
Discussão: Este caso tem como objetivo alertar para a necessidade de mantermos espírito crítico na interpretação dos resultados analíticos, sobretudo quando estes não são enquadráveis no doente em causa.

P n.º 2178

Hepatite aguda: quando a imunidade é o problema

Sara Silva Pereira(1);Sabina Azevedo(1);Ana Sofia Ferreira(1);Marta Matos Pereira(1);Lourdes Vilarinho(1);Selmira Faraldo(1);Amanda Lista Rey(1)
(1) Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO

A Hepatite Autoimune (HAI) é mais prevalente no sexo feminino e pode apresentar-se em qualquer idade. Habitualmente, caracteriza-se pela existência de auto-anticorpos circulantes e aumento dos níveis séricos de imunoglobulinas, podendo cursar com uma grande heterogeneidade de sintomas. No entanto, a apresentação como falência hepática aguda é incomum.

CASO CLÍNICO

Mulher de 51 anos, autónoma, sem antecedentes médicos. Sob terapêutica hormonal combinada de substituição desde há 5 anos.

Recorreu ao serviço de urgência por náuseas, icterícia, colúria, desconforto epigástrico e hipersudorese desde há 1 semana. Negava consumo de outros fármacos, álcool ou outras substâncias. Ao exame físico apresentava icterícia da pele e escleróticas, e dor à palpação do hipocôndrio direito. Analiticamente com subida das aminotransferases e hiperbilirrubinemia. Realizou ecografia e TC abdominal com aumento da ecogenicidade do interstício hepático, sem dilatação das vias biliares. Foi internada na enfermaria de Medicina Interna por Hepatite Aguda de etiologia indeterminada.

Durante o internamento apresentou agravamento da citólise e hiperbilirrubinemia, assim como coagulopatia com perfil crescente de INR. Após discussão com a equipa de Transplante Hepático do CHUP, iniciou protocolo de n-acetilcisteína, fitomenadiona e corticoterapia, e foi admitida na UCIP. Do estudo efetuado, apresentou IgG aumentada com serologias víricas e auto-anticorpos circulantes negativos, pelo que fez biópsia hepática que demonstrou atividade necro-inflamatória portal e lobular com fibrose, tendo alta para a enfermaria após resolução da coagulopatia. Dada a suspeita de HAI, rediscutido caso com Hepatologia e introduzida azatioprina, com progressiva melhoria clínica e analítica, pelo que teve alta orientada para a consulta de Hepatologia.

DISCUSSÃO

A HAI é uma doença inflamatória que cursa habitualmente com sintomas inespecíficos, podendo progredir para hepatite crónica. Esta variabilidade na apresentação destes doentes implica um elevado grau de suspeição clínica e tratamento atempado, o que tem impacto positivo na sobrevida, tal como no caso descrito, onde a gravidade da apresentação e história sugestiva, apesar da autoimunidade negativa, permitiram chegar ao diagnóstico.

P n.º 2194

Candidemia a Candida glabrata, a propósito de um caso clínico.

Filipa Abelha Pereira(1);Daniela Barroso(1);Maria Eduarda Leitão(1);Luísa Carvalho(1);João Araújo Correia(1)
(1) Hospital Santo Antonio

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A presença de espécies Candida no sangue nunca deve, teoricamente, ser visto como contaminante. A Candida glabrata (C. glabrata) é uma das espécies emergentes como patogénio oportunista, sendo responsável principalmente por infecção em doentes imunocomprometidos.
Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, diabético, com internamento prévio recente em unidade de cuidados intensivos, onde esteve sob antibioterapia de largo espectro, que se apresentou no serviço de urgência com quadro de sépsis inicialmente assumido com ponto de partida urinário. Iniciou antibioterapia empírica com cefalosporina, com estabilidade clínica nas primiras 72 horas de internamento. Isolamento de C. glabrata num dos caldos de hemocultura que, dada esterilidade do segundo caldo e estabilidade clínica aparente, e após apreciação com microbiologista, foi interpretado como possível contaminante. Deterioração posterior, com recrudescência de febre alta, prostração, disfunção cardiovascular e renal, e elevação de novo dos parâmetros inflamatórios analíticos. Iniciou fluconazol dado isolamento prévio, que após avaliaçáo de resistência, alterou para voriconazol. Considerando a hipótese de complicação infecciosa local, feita avaliação imagiológica com UroTC que revelou presença de abcesso loculado da uretra membranosa, tendo sido submetido a drenagem percutânea. Novo isolamento de C. glabrata de novo apenas num dos caldos de hemocultura, com isolamento do mesmo agente no pus do abcesso drenado. Evoluiu com resolução das várias disfunções.
Este caso representa assim a dúvida na interpretação de um isolamento de uma espécie da Candida em hemoculturas, apesar da presença de alguns factores de risco. Não obstante a boa evolução global deste caso em particular, a candidemia a C. glabrata tem uma elevada morbimortalidade, tendo o doente em questão evoluído com choque séptico. Reitera-se a necessidade de valorização dos isolamentos destes agentes.

P n.º 2198

Arterite de células gigantes – a febre como fator confundidor

Inês Fernandes Santos(1);Maria Inês Simão(1);Maria João Lúcio(1);Catarina Cabral(1);Joana Vaz(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:?A arterite de células gigantes (ACG), muitas vezes associada a polimialgia reumática, cursa com sintomas constitucionais e manifestações de inflamação arterial que podem ocorrer em qualquer vaso.
Caso clínico:?Trata-se de um doente, 83 anos, sem antecedentes relevantes. Acorreu ao seu médico assistente por quadro de cefaleia frontal bilateral constante, mais intensa à esquerda, que melhorava com o decúbito lateral esquerdo. A cefaleia era não pulsátil, não agravava com o esforço, decúbito, luz ou som. Notou aumento da temperatura corporal (37.7ºC). Por extração dentária e higienização oral uma semana antes, foi assumida sinusite e medicado com amoxicilina-ácido clavulânico, que cumpriu, sem melhoria, acorrendo ao Serviço de Urgência (SU). Foi realizada TC crânio e venoTC, que excluiu alterações. Perante aumento dos parâmetros inflamatórios, realizou punção lombar (exame citoquímico sem alterações), tal como colheita de sangue e urina para exame microbiológico (negativo). Teve alta com indicação para prosseguir estudo em ambulatório, mas recorreu ao SU por otalgia intensa persistente, sem alteração com movimentos mastigatórios nem sensação de plenitude auricular, hipoacúsia ou otorreia. Foi observado por Otorrinolaringologia, que excluiu patologia deste foro. Por manutenção de parâmetros inflamatórios elevados e febre, foi encaminhado para a consulta de Medicina Interna, onde referia episódios transitórios, no dia anterior, de diplopia, edema da hemiface e ptose direitas, já sem alterações ao exame neurológico à observação. Foi avaliado por Oftalmologia que excluiu paresia de pares cranianos ou outras alterações. Assim, foi internado no serviço de Medicina Interna. Foi excluída endocardite e realizou RM de crânio (dentro da normalidade). Por início de episódios de amaurose transitória unilateral e, pela hipótese de ACG, pediu-se velocidade de sedimentação cujo valor foi 116 mm/h e iniciou corticoterapia, com melhoria significativa. Realizou biópsia das artérias temporais que confirmou o diagnóstico.
Discussão: A ACG é muitas vezes um diagnóstico de elevada suspeição clínica podendo apresentar-se, sobretudo na fase inicial, com sintomas inespecíficos. No entanto, é importante a introdução precoce da terapêutica para evitar consequências irreversíveis, como a amaurose.

P n.º 2199

Pielonefrite Aguda complicada com hematoma renal subcapsular espontâneo – relato de caso.

JOANA FILIPA AZEVEDO SAMPAIO DIZ SUBTIL(1);Fernando Guimarães(2);Fernando Salvador(2)
(1) Sem Indicação (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças renais

Introdução
O hematoma renal subcapsular espontâneo (HRSE) é uma entidade rara que se define como hemorragia espontânea confinada ao espaço subcapsular e/ou perirrenal. A sua etiologia pode ser variada, desde tumores renais (causa mais frequente), a doenças vasculares, coagulopatias, trombocitopenia, HTA severa, quistos renais ou infeções.
Caso Clínico
Doente de 54 anos, sexo masculino, com antecedentes de HTA, dislipidemia e proteinúria não nefrótica, medicado com IECA com função renal preservada. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal e febre. Ao exame objetivo com temperatura 39ºC, TA 137/71 mmHg, FC 91/min. Abdómen mole e depressível, com dor ligeira à palpação do QSE, sem defesa. Analiticamente de salientar leucocitose (24 200/uL), creatinina 1 mg/dL; PCR 20.77 mg/dL, Lactato 0.6 mmol/L. UII com leucocitúria. Realizou TC abdominal: “área hipodensa no terço inferior do rim esquerdo, com 3,4 cm, com alguma captação de contraste, sugestiva de pielonefrite focal. Existe ainda uma pequena coleção fluída subcapsular adjacente, com espessura máxima de 1,5 cm”. Admitido ao internamento por Pielonefrite Aguda (PNA), colheu HC, UC e iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone. Durante internamento isolamento de K. Pneumoniae em HC e UC, alterada antibioterapia para cefotaxima conforme TSA. Por manutenção de febre sob antibioterapia dirigida, repetiu TC abdominal que mostrou "coleção subcapsular externa, não observada na TC inicial, medindo 9,1 x 7,9 x 2,8 cm, a relacionar com hematoma subcapsular". Discutido caso com Urologia, decisão de manter tratamento médico conservador. Apesar de queda de Hb 14 para 10g/dL, doente manteve sempre estabilidade hemodinâmica. Repetiu TC 1 semana após para monitorização do hematoma mostrando uma redução de espessura de 2.8 para 2.5cm. Cumpriu no total 18 dias de antibioterapia, repetiu HC e UC ambas negativas. Após alta, doente manteve seguimento em consulta de Medicina e Urologia, repetiu TC ao 1º mês mostrando uma redução de espessura de 2.5cm para 0.76cm e ao 6ºmês com resolução completa do hematoma.
Discussão
Embora o HRSE seja uma complicação extremamente rara da PNA, deve ser considerado na persistência de sintomas apesar de cobertura antibiótica adequada, enquanto se descartam também outras complicações como PNA enfisematosa ou abcesso.

P n.º 2202

Fibrose retroperitoneal secundária a neoplasia da próstata, uma forma rara de apresentação.

Marta Costa Vaz de Matos(1);Tânia Lopes(1);António Lamas(1);Maria João Cardoso(2);João Maia Neves(1);Tomás Fonseca(1);Rosa Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) IPO Porto

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A fibrose retroperitoneal (FRP) é uma condição rara caracterizada pela presença de tecido fibro-inflamatório no retroperitoneu. Pode ser primária (idiopática) em 70% dos casos, ou secundária a múltiplas causas: infeção, fármacos, cirurgia, trauma ou neoplasia (8%). Na maioria dos casos associados a neoplasia, resulta de reação desmoplásica exuberante a metástases retroperitoneais - da próstata, mama ou colón - ou ao próprio tumor primário - sarcomas e linfomas.
Caso Clínico: Homem de 82 anos, antecedentes de cirurgia prostática não especificada em França em 2011. Vómitos alimentares recorrentes com oito meses de evolução, incoercíveis e associados a perda ponderal de 15% nos últimos dois meses. Estudos endoscópicos sem alterações de relevo. TC-AP a descrever extensa massa retroperitoneal, com encasement do eixo aorto-ilíaco sem invasão vascular, e ureterohidronefrose direita, sugestivo de fibrose retroperitoneal. Estudo analítico a excluir etiologia autoimune e infeciosa. Biópsia revelou neoplasia maligna pouco diferenciada, com perfil imuno-histoquímico a favorecer o diagnóstico de carcinoma de origem prostática. PSA total de 15ng/ml (em 2019, PSA total 9.89ng/ml e livre 1.17ng/ml). PET a sugerir envolvimento ganglionar e ósseo, com cintigrafia óssea a mostrar metastização blástica múltipla. Iniciou bloqueio hormonal com abiraterona-prednisolona, com PSA em decrescendo e testosterona com valores de castração, com resposta ganglionar, mas progressão óssea.
Conclusão: Pela enigmática fisiopatologia e multiplicidade de manifestações clínicas, não existem critérios de diagnóstico para FRP e os estudos de imagem são as modalidades de escolha para diagnóstico e monitorização. O tratamento é individualizado de acordo com a etiologia. Este caso sublinha a importância da discussão multidisciplinar de achados histológicos, e o desafio diagnóstico de uma doença com manifestações atípicas pouco orientadoras, apesar de achados típicos no exame de imagem.

P n.º 2208
Hepatite viral – o agente esquecido
Inês Fernandes Santos(1);Leonor Guia Lopes(1);Catarina Cabral(1);Joana Vaz(1);João Furtado(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:?As infeções por vírus Coxsackie (enterovíus de transmissão fecal-oral), causam sintomas inespecíficos, mas podem cursar com hepatite, sobretudo por Coxsackie B.
Caso clínico:?Trata-se de um doente autónomo, 29 anos, com história de atraso de desenvolvimento psicomotor, infeções respiratórias, hepatite B aguda e gastrenterite vírica (com internamento) na infância. Admitido no Serviço de Urgência por náuseas e vómitos pós-prandiais, associados a mal-estar generalizado e anorexia com 3 semanas de evolução. Posteriormente desenvolveu dor abdominal difusa persistente, sobretudo no hipocôndrio direito e epigastro e sudorese noturna, cefaleias de predomínio frontoparietal e icterícia das escleróticas com colúria, sem acolia. À observação com discreta hepatomegálla dolorosa no hipocôndrio direito e epigastro, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com aumento das transaminases e bilirrubina conjugada (AST 917 U/L e ALT 2201 U/L, bilirrubina total 4.71 mg/dL, conjugada 2.95 mg/dL) e imagiologicamente com distensão das ansas jejunais e alguns níveis hidroaéreos, esplenomegália homogénea e fina lâmina de líquido subhepático associada a fígado globoso, contornos regulares e ecoestrutura homogénea. O quadro foi interpretado como hepatite aguda e, na ausência de outros sintomas e de relação com consumo de álcool, drogas, fármacos diferentes do habitual ou produtos de ervanária, e ausência de viagens recentes, contactos com pessoas doentes, foi internado no serviço de Medicina Interna. Apresentou serologias negativas para vírus da hepatite A, B e C, imunodeficiência humana (VIH), citomegalovírus (CMV) e Ebstein-Barr (EBV) e estudo de autoimunidade normal. Com a terapêutica instituída assistiu-se a franca melhoria clínica?e normalização analítica. No entanto, por manter cefaleias, sem alterações visuais ou sinais meníngeos, associadas ao quadro sistémico indolente, sugestivas de etiologia vírica, ficaram pendentes serologias para enterovírus. O doente teve alta para a consulta de Medicina Interna, onde se confirmou infeção por vírus Coxsackie B1.
Discussão: Apesar de as hepatites virais agudas serem mais frequentemente causadas pelos vírus da hepatite A, B, C, D e E, CMV, EBV e VIH, não se pode excluir a existência de outros vírus, nomeadamente Coxsackie.

P n.º 2209

Características do derrame pleural como pista diagnóstica

Daniela Barroso(1);Filipa Abelha Pereira(1);Fabienne Gonçalves(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Tema: Doenças respiratórias

O derrame pleural é uma apresentação comum de várias patologias e a determinação da sua causa é muito facilitada pela análise macroscópica, bioquímica, microbiológica e celular. Uma abordagem sistemática da análise do líquido em conjunto com a apresentação clínica permite uma redução de diagnósticos diferenciais.
Homem de 84 anos, ex-fumador de 25 UMAs, com clínica habitual de bronquite crónica. Reformado ex-motorista de camiões de matérias de construção civil. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 1 mês de evolução de dispneia progressiva de evolução até médios esforços associada a dor torácica à direita do tipo pleurítica. Objetivado derrame pleural de grande volume à direita e insuficiência respiratória tipo 1, tendo sido internado para diagnóstico e investigação. Toracocentese diagnóstica inicial a demonstrar tratar-se de um exsudado (com DHL máximo de ~1700/uL) de aspeto gelatinoso com pH a fresco de 6,9 com predomínio de mononucleares (82-88% das células nucleadas), MN/PMN> 75%, ADA negativa e algumas células atípicas.
Marcha diagnóstica com exclusão de tuberculose pleural e evidência de volumosas lesões nodulares necróticas no pleural parietal cujo estudo anatomopatológico evidenciou células com atipia compatível com diagnóstico de mesotelioma epitelióide tendo sido orientado para Oncologia.
O derrame pleural gelatinoso pode representar um desafio diagnóstico e terapêutico. Acredita-se que o ácido hialurónico produzido pelo mesotelioma maligno contribua para sua aparência viscosa. Outras etiologias potenciais de derrame pleural viscoso podem incluir outros cancros (melanoma, mieloma múltiplo ou neoplasia pulmonar, abdominal ou ginecológica) bem como algumas infeções (como a tuberculose).

P n.º 2210
Co-infeção SARS-COV2 e MSSA... da raridade à realidade
Filipa Pinto Monteiro(1);Maria Inês Marques(1);Érica Barata(1);Conceição Escarigo(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A presença de bacteriemia e pneumonia a MSSA tem sido descrita em cerca de 1,5% dos doentes com infeção a SARS-COV2, estando associada a uma elevada taxa de mortalidade sobretudo em doentes imunodeprimidos.

Caso Clínico: Mulher de 57 anos com história de hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e linfoma não hodgkin folicular em remissão completa após R-CHOP e sob rituximab de manutenção. Admitida no serviço de urgência por quadro de cansaço para moderados esforços, tosse seca e febre com 15 dias de evolução. À observação inicial de salientar polipneia e hipoxemia. Do estudo complementar destacam-se aumento de PCR, pesquisa SARS-COV2 positiva e radiografia do tórax com áreas de densificação em vidro despolido bilateralmente. Ao 20º dia de doença mantinha febre e agravamento da insuficiência respiratória (IR) com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. Reavaliação imagiológica por TC-Torax que revelou consolidações nodulares cavitadas. Foi realizado rastreio sético com isolamento de MSSA em 2 hemoculturas, tendo iniciado flucloxacilina. Foi excluída endocardite por ecocardiograma transesofágico. Verificou-se uma resposta inicial desfavorável à antibioterapia, com manutenção da febre e com agravamento das consolidações em eventual contexto de embolização sética ao final de 15 dias. Foi submetida a broncofibroscopia com isolamento de MSSA em LBA e SB e realizou PET para estudo de outros focos de embolização onde se verificou hipermetabolismo em provável estrutura vascular da perna direita. Assim, fez ecografia das partes moles que diagnosticou Schwannoma, excluindo foco infecioso. Após 25 dias de antibioterapia dirigida começou-se a verificar apirexia, melhoria dos parâmetros inflamatórios, da IR e das consolidações pulmonares. Cumpriu 6 semanas de antibioterapia com resolução da IR e melhoria significativa das consolidações pulmonares.

Conclusão: Num doente imunodeprimido com infeção SARS-COV2 e febre mantida, devemos levantar a suspeita de coinfecção, com realização de um estudo microbiológico o mais completo possível para instituição adequada de antibioterapia.

P n.º 2211

BRUCELOSE, UMA DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA - SERÁ REALMENTE UM CASO CONFIRMADO?

Maria Manuel Dantas(1);Sandra Cabral(1);José Faria(1);Fernando Lopes(1)
(1) Outro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A Brucelose, Febre Mediterrânica ou Febre Ondulante, é uma doença zoonótica causada por várias espécies de Brucella spp. Tem distribuição mundial, embora com maior incidência nos países da bacia do Mediterrânio. A principal via de transmissão é o consumo de productos lácteos não pasteurizados. É considerada uma doença profissional em agricultores, veterinários, talhantes ou outros.
É uma Doença de Notificação Obrigatória pelo Despacho n.º 1150/2021, que define um caso confirmado de Brucelose um doente que cumpre os critérios clínicos e laboratoriais, e um caso provável o que cumpre os critérios clínicos e epidemiológicos.
Caso Clínico
Homem de 24 anos, previamente saudável, recorre ao serviço de urgência várias vezes em julho de 2021 por edema da face e adenopatias maxilares e cervicais com um mês de evolução e agravamento gradual, associado a cefaleias, xerostomia e xeroftalmia, visão turva e secreções purulentas. Nega febre, odinofagia, dispneia e sintomas constitucionais. Realizou anti-inflamatórios sem alívio sintomático. Nega febre, odinofagia, dispneia e sintomas constitucionais. A investigação dirigida excluiu patologias auto-imunes e infeções sexualmente transmitidas. Pelos achados imagiológicos da ecografia e tomografia computorizada (TC) da região cervical foi colocada a hipótese de sarcoidose por padrão granulomatoso inflamatório crónico, e a TC de tórax evidenciou adenopatias mediastínicas e doença do interstício pulmonar. Realizou estudo de zoonoses que evidenciou PCR de Brucella positivo de forma isolada. Iniciou antibioterapia dirigida. Foi realizado Inquérito Epidemiológico pela Unidade de Saúde Pública após a notificação clínica.
Discussão
Para uma notificação clínica de Brucelose ser definida um caso confirmado, de acordo com as definições nacionais e internacionais, tem de apresentar critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. A realização do Inquérito Epidemiológico é uma ferramenta importante para a exclusão de diagnósticos diferenciais e demonstra a necessidade de colaboração entre especialidades clínicas e a especialidade de Saúde Pública.

P n.º 2221
Mediastinite secundária a perfuração esofágica
Catarina Melita(1);Catarina Pereira(1);Leonor Neves(1);Catarina Negrão(1);Sofia Furtado(1)
(1) Hospital Amadora Sintra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO
A mediastinite aguda é um diagnóstico pouco usual nas enfermarias de Medicina, resultando mais frequentemente de complicações cirúrgicas de esternotomia mediana ou perfuração esofágica, na sua maioria de causa iatrogénica.

CASO CLÍNICO
Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de toracalgia pleurítica, expetoração purulenta e febre. Tinha história de doença pulmonar obstrutiva crónica e diagnóstico de carcinoma pavimento-celular do esófago em estádio T3N+ infirmado 6 meses antes, submetido a quimio-radioterapia com persistência de doença.
À admissão encontrava-se hipotenso, taquicardico, mas bem oxigenado, com aumento de parâmetros inflamatórios. Admitindo-se quadro séptico com ponto de partida respiratório, iniciou antibioterapia empírica com resposta favorável, ainda que temporária. Ao longo do internamento, por reagravamento clínico e laboratorial, com insuficiência respiratória parcial e necessidade de suporte vasopressor, foi sucessivamente alargado o espectro de antibioterapia.
Radiograficamente apresentava alargamento de novo do mediastino superior, motivo pelo qual realizou tomografia computorizada, que descrevia apenas alterações enfisematosas do pulmão, derrame pleural bilateral moderado e alterações residuais dos vértices pulmonares.
Por suspeita de foco não controlado, após isolamento de E. faecium em hemocultura e exclusão de endocardite infeciosa, e por alterações tomodensitométricas sugestivas de presença de ar contíguas à parede esofágica, foram rediscutidas as imagens disponíveis, tendo-se identificado aspetos indicativos de perfuração esofágica contida complicada de mediastinite secundária, confirmado na reavaliação imagiológica.
Em discussão multidisciplinar considerou-se não haver indicação para intervenção cirúrgica ou endoscópica, tendo sido privilegiada a terapêutica médica otimizada. O doente terminou o curso de antibioterapia em hospitalização domiciliária, e manteve seguimento em Oncologia.

DISCUSSÃO
O presente caso clínico vem ilustrar a importância de manter presente o extenso diagnóstico diferencial de dor torácica e febre, e a necessidade de um elevado nível de suspeição para diagnósticos menos frequentes, como é o caso da mediastinite aguda e perfuração do esófago.

P n.º 2223

Hemorragia intracerebral hipertensiva vs Glioblastoma: uma imitação perfeita

Paula Cerqueira(1);Pedro Manata(1);Mafalda Sousa(1);Nuno Cotrim(1);João Matos Costa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: As hemorragias cerebrais podem decorrer de neoplasias em cerca de 5% dos casos, onde as neoplasias mais hemorrágicas são as metástases (melanoma, coriocarcinoma, carcinoma de células renais), glioblastoma multiforme e oligodendroglioma. Apresentam manifestação clínica heterogénea e a ressonância magnética é o método complementar de diagnóstico utilizado.
Caso clínico: Homem, 62 anos, recorreu ao serviço de Urgência por cefaleia e hemiparesia direita com cerca de uma hora de evolução. Com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia e obesidade. Na admissão na Sala de Emergência com crise convulsiva tónico-clónica generalizada com necessidade de administração de diazepam e levetiracetam, com resolução do quadro. Não se objectivaram défices neurológicos, destacando apenas perfil hipertensivo. Analiticamente sem alterações. Realizou TC CE que evidenciou hematoma cortico-subcortical temporo-parieto- occipital esquerdo, com cerca de 30 mm marginado por um moderado halo de edema. Foi internado para vigilância e realização de RMN para esclarecimento adicional. No segundo dia de internamento por cefaleia holocraneana de novo, sem défices neurológicos, repetiu o TC CE que mostrou incremento nas dimensões do hematoma. Fez RMN que mostrou a presença de uma volumosa lesão hemorrágica cortico-subcortical temporoparietal esquerda, de limites irregulares e com marcado realce periférico irregular. As suas dimensões globais estimavam-se em cerca de 58 mm x 32 mm x 32 mm. Além disso, era uma lesão com edema vasogénico, determinando acentuado efeito de massa. Face à lesão extensa e com irregular realce periférico colocada hipótese diagnóstica de formação expansiva subjacente, tendo sido contactada a Neurocirurgia. Iniciou dexametasona (4mg diários) por edema vasogénico franco, tendo sido agendada biópsia. A histologia revelou Glioblastoma IDH-wildtype (grau 4) e estudo imagiológico concomitante não apresentou lesões à distância adicionais. Actualmente sem défices neurológicos, em desmame de corticoterapia e sob quimioterapia, mantendo seguimento em Oncologia Médica.
Conclusão: a singularidade deste caso deve-se a uma manifestação primária pouco comum de neoplasia, devendo alertar para as múltiplas opções diagnósticas na presença de hemorragia intracraniana.

P n.º 2224

Da mononucleose infecciosa ao distúrbio linfoproliferativo

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);Luís Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Ana Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O vírus Epstein-Barr originalmente descoberto através da associação com o Linfoma de Burkitt, é atualmente associado a uma grande variedade de distúrbios linfoproliferativos, tendo sido descrito como o mais potente vírus indutor de transformação e crescimento celular conhecido.
Homem de 58 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, hipersudorese noturna, odinofagia e astenia com 10 dias de evolução. Adicionalmente com adenopatias axilares estáveis com mais de 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com adenopatias axilares bilaterais e cervicais à esquerda. Do estudo etiológico a destacar: analiticamente com anemia normocítica normocrómica, sem outras citopenias, VS 66mm/h; serologias IgG e IgM positivas para EBV, negativas para VIH, hipergamaglobulinemia (IgG 35g/L e IgM 16g/L); TC toraco-abdomino-pélvico com múltiplos gânglios linfáticos axilares, múltiplas adenomegalias mediastínicas e na porção central dos hilos pulmonares assim como hepatoesplenomegalia; Realizada biópsia ganglionar aspirativa da região axilar esquerda com histologia a revelar transformação adiposa. Por fim, com imunofenotipagem de sangue periférico compatível com ativação celular monoclonal dos linfócitos B. Diagnosticado com infeção primária a EBV e provável doença linfoproliferativa dado o quadro constitucional, adenopatias e hipergamaglobulienmia. O doente acabou por falecer já em regime de consulta externa, antes de esclarecer o diagnóstico definitivo.
Os autores relatam este caso pelo destaque que a associação entre o vírus Epstein Barr e as doenças linfoproliferativas tem tomado na literatura. Neste doente, a clínica evidente de mononucleose infecciosa tornou possível o diagnóstico de neoplasia, apesar do desfecho final.

P n.º 2235

Um caso raro de enfarte renal apos infeção por Sarscov-2

Daniela Silvano Maurício(1);Sofia Brasil(2);João Costelha(1);Adélia Simão(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) IPO COIMBRA

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: O enfarte renal, afeção rara (com incidência conhecida de 0.004-0.007%), resulta de uma lesão isquémica do rim, ocorrendo mais comumente devido a tromboembolia, trombose in situ ou no contexto de um estado de hipercoagulabilidade.
CASO CLÍNICO: Homem de 60 anos, trabalhador de armazém, com antecedente de dislipidemia mista não medicada. Com infeção Sarscov2 há um mês, recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de dor abdominal de intensidade 10/10, localizada no flanco esquerdo, sem irradiação, acompanhada de náuseas e vómitos aquosos, sem posição antálgica. Negada história de febre, sintomas urinários, gastrointestinais ou respiratórios.
Realizou controlo analítico com hemograma, bioquímica e sumária de urina. De relevo, apenas discreta elevação de LDH. Ecografia renovesical sem alterações. Dada a ausência de melhoria clínica, realizou uro-TC com contraste. Este exame demonstrou "realce reduzido em parênquima dos terços médio e superior do rim esquerdo", achados compatíveis com isquemia renal, motivando internamento para estudo etiológico.
Realizou ecodoppler renal, ecocardiograma transtorácico, Holter, ECG e estudo autoimune e de trombofilias. Estes exames descartaram patológica aterosclerótica, cardioembólica, bem como vasculites e/ou potencial trombofilico adquirido do doente. Assim, assumida etiologia presuntiva de complicação pós infeção COVID-19 com o estado de hipercoagubilidade resultante.
Com evolução favorável sob enoxaparina. Controlo de imagem demonstrou boa perfusão renal sem alterações sugestivas de isquemia ou consequências da mesma.

DISCUSSÃO: A infeção Sarscov2 tem manifestações extrapulmonares que incluem lesão renal aguda e eventos tromboembólicos. Ainda que os mecanismos fisiopatológicos não estejam totalmente esclarecidos, torna-se necessário monitorizar complicações pós-infeção COVID-19, nomeadamente eventos trombóticos quer arteriais quer venosos, sendo importante a suspeita e rapidez diagnóstica nos casos de enfarte renal, sob risco de perda de órgão caso a anticoagulação não seja iniciada precocemente.

P n.º 2237

Pneumonia adquirida na comunidade grave por um agente sub-estimado

Teresa Costa Pereira(1);Zsofia Santos(1);Alice Rodrigues(1);Inês Ferraz de Oliveira(1);Mafalda Duarte(1);Vera Figueiredo(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças respiratórias

Introdução:
A Psitacose é uma doença causada pela Chlamydia psittaci. Esta pode ser transmitida através de pássaros infetados com esta bactéria. Tem diferentes formas de apresentação, sendo elas, assintomática, doença ligeira ou pneumonia. A maioria dos doentes com diagnóstico de psitacose tem história de contacto recente com pássaros.

Caso clínico:
Homem, 78 anos, autónomo com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II com retinopatia diabética, dislipidemia, obesidade e hiperplasia benigna da próstata. Apresentação inicial com quadro de febre, cansaço fácil, tosse seca e hemitoracalgia esquerda com 6 dias de evolução. Analiticamente com PCR 33.58 mg/dl e lesão renal aguda. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou múltiplas áreas de hipotransparência pulmonar bilateral do tipo alveolar, em relação com pneumonia. Pesquisa de antigénio de Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae negativa. Anticorpos anti-Mycoplasma e Chlamydia pneumoniae negativos. Evolução para insuficiência respiratória parcial grave e resposta lenta à antibioterapia empírica com amoxicilina+ácido clavulânico e azitromicina com necessidade de início de oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) ao 4º dia de antibioterapia. Apurou-se, então, que o doente teria 2 pássaros no domicílio, sendo que um deles teria falecido recentemente. Neste contexto, foi levantada a hipótese de se tratar de uma pneumonia por Chlamydia psittaci, que se veio a confirmar, com anticorpos Chlamydia psittaci IgM e IgG positivos. Cumpriu 7 dias de Azitromicina com melhoria clínica.

Discussão:
De acordo com estudos prévios, estima-se que em 1% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade, o agente causador seja a Chlamydia psittaci. No entanto, a Psitacose é muitas vezes subdiagnosticada. Este facto prende-se muitas das vezes com uma entrevista clínica incompleta.

P n.º 2241

ETIOLOGIA INCOMUM DA PANCREATITE AGUDA

Rita Pinto Araújo(1);Rita Soares Costa(1);João Campos Cunha(1);Maria Pacheco(2);Valter Rocha(1);Filipa Brochado(1);João Abranches(1);Ricardo Pinho(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião
(2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A hipertrigliceridemia é uma causa importante de pancreatite aguda. Os triglicerídeos são hidrolisados pela lipase pancreática em ácidos gordos tóxicos. Esta lipotoxicidade e a resposta inflamatória causada pela pancreatite determinam a gravidade da mesma. O diagnóstico clínico precoce é crucial para um tratamento adequado, que contempla medidas de suporte e, nos casos de disfunção grave, a realização de plasmaferese ou, em alternativa, insulina em perfusão, apesar da limitada evidência científica.
CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 53 anos, com quadro de epigastralgia súbita. Medicada com estatina e fenofibrato por dislipidemia. Objetivamente com palpação abdominal dolorosa no epigastro. Analiticamente a destacar elevação da amílase (1114U/L), lípase (4945U/L) e dos triglicerídeos (>5680mg/dL). Ecografia abdominal a excluir litíase e coleções associadas. Admitida na Unidade de Cuidados Intensivos por pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia que rapidamente evoluiu para choque distributivo. Iniciou fluidoterapia intensiva, perfusão de insulina (0.1U/kg/h) e suplementação de glucose e potássio, para além de analgesia. Por hipotensão refratária, iniciou suporte vasopressor (SVP) com noradrenalina. No 2º dia de internamento, por agravamento clínico, fez uma sessão de plasmaferese. Progressão para falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva e início de terapêutica de substituição renal ao 6º dia. Evolução desfavorável com incremento progressivo de SVP, motivo pelo qual não foi considerada candidata a oxigenação por membrana extracorporal, tendo vido a falecer posteriormente.
DISCUSSÃO: A severidade da pancreatite dependente do grau de elevação dos triglicerídeos, da atividade de lípase pancreática e da capacidade de remoção dos ácidos gordos do plasma. A suspeição clínica e o rápido diagnóstico diferencial aumentam o sucesso terapêutico, havendo, contudo, casos que evoluem inevitavelmente para desfechos desfavoráveis, apesar das medidas instituídas.

P n.º 2243

Quando o inesperado acontece - o caso de um fecaloma

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);José Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Ana Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças renais

Para a abordagem da lesão renal aguda, a anamnese e o exame objetivo tomam muitas vezes um papel de destaque no alcance da etiologia. A existência ou não de obstrução do trato urinário é uma das primeiras questões a responder nesta investigação, uma vez que o célere reconhecimento desta pode tornar o quadro facilmente reversível.
Mulher de 84 anos totalmente dependente nas atividades de vida diária, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, fibrilhação auricular permanente e doença renal diabética. Admitida no SU por quadro de anorexia, oligoanúria com 3 dias de evolução e obstipação com 10 dias apesar de terapêutica laxante. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, com abdómen globoso sem fácies de dor à palpação, com macicez em todos os quadrantes. Analiticamente com creatinina sérica de 4.81mg/dL para um basal de 1.6mg/dL, ionograma normal. Realizada TC AP com evidência de rins de pequenas dimensões com proeminência piélica e de ambos os ureteres visível até à região pélvica, adjacente à passagem dos ureteres pela ampola retal, marcadamente distendida e com preenchimento por fecaloma atingindo 8cm, condicionando compressão bilateral dos ureteres. Realizada terapêutica laxante e colocada sonda vesical com consequente poliúria na hora seguinte. Melhoria da função renal progressiva e rápida após resolução da obstrução extrínseca pelo fecaloma.
Uma obstrução do trato urinário completa e prolongada pode levar a atrofia tubular e, eventualmente, a lesão renal irreversível. A importância do diagnóstico atempado desta obstrução tem impacto no prognóstico uma vez que depende da severidade e da duração da mesma.

P n.º 2251

Síndrome de Stevens-Jonhson: a importância do reconhecimento precoce

Gisela Brito Gonçalves(1);Tiago Valente(1);Sérgio Monteiro(1);Laura Baptista(1);Valter Duarte(1);Ana Oliveira(1);Andreia Lopes(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Outro

Introdução: A síndrome de Stevens-Jonhson (SSJ) é uma patologia rara, associada a elevada morbimortalidade. Consiste numa reação de hipersensibilidade tardia, que leva a lesão mucocutânea extensa. O envolvimento das mucosas ocorre em mais de 90% dos casos e pode surgir antes ou após aparecerem as primeiras lesões cutâneas. Apesar das várias etiologias, mais de 95% das vezes é causada por fármacos. Assim, é essencial ter elevado grau de suspeição clínica.

Caso clínico: Homem, 78 anos, antecedentes de adenocarcinoma da próstata e carcinoma urotelial, epilepsia e amaurose esquerda.
Recorre ao Serviço de Urgência por febre, tosse e hiperemia conjuntival tendo tido alta com terapêutica sintomática. Recorre dois dias depois por agravamento sintomático, tosse produtiva, febre e odinofagia. Apresentava candidiase orofaríngea e mucosite exuberante, sem patência de via oral. Analiticamente com linfopenia e elevação da PCR. Iniciou fluconazol e levofloxacina pela suspeita de infeção respiratória (Mycoplasma pneumoniae negativo).
No internamento objetivaram-se pequenas lesões cutâneas nos joelhos, dorso e tronco, em diferentes fases de evolução.
Questionada a exposição a fármacos, verificou-se que 27 dias antes tinha suspendido o levetiracetam (suspeita de reação alérgica) e iniciado fenitoína. Suspendeu todos os outros fármacos potencialmente envolvidos (alopurinol). Observado por oftalmologia com identificação de ulceração da córnea do olho direito (OD).
Foi assumida SSJ, confirmada posteriormente por biópsia.

Apesar de controverso, iniciou corticoterapia, com melhoria progressiva da mucosite. Cumpriu também tratamento tópico ocular, várias vezes ajustado, por dor intensa e fotofobia. Apresentou, ainda assim, sequelas oculares, com diminuição da acuidade visual do OD.

Discussão: As sequelas oculares surgem em 50-90% dos casos de SSJ. Assim, é perentório o reconhecimento precoce dos sintomas e dos possíveis agentes etiológicos, de forma a suspendê-los o mais precocemente possível.

P n.º 2253

Cistoadenoma biliar – Um achado radiológico raro

Mariana Moreira Azevedo(1);Patrícia Clara(1);Sónia Carvalho(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Os tumores císticos biliares, como o cistoadenoma biliar, correspondem a menos de 5% das lesões císticas hepáticas. O cistoadenoma biliar ocorre sobretudo em mulheres (90% dos casos). A apresentação clínica é variável, desde casos assintomáticos a sintomas inespecíficos, como dor ou distensão abdominal. Apenas 20% apresentam alterações das enzimas hepáticas e a icterícia obstrutiva, colangite e complicações, como rutura ou hemorragia, são raras. Deve ser feito diagnóstico diferencial com cisto hidático, cisto pós-traumático, abcesso e neoplasias, como o cistoadenocarcinoma. Os exames de imagem permitem diferenciar o cistoadenoma biliar das restantes lesões, através das características que apresenta, a par com as serologias e os marcadores tumorais, como o CA 19.9 (embora ainda com papel controverso). O risco de transformação maligna do cistoadenoma biliar pode chegar a 20%, pelo que é necessária vigilância.
Caso clínico: Homem, de 63 anos, sem antecedentes de relevo, foi enviado à consulta de Tumores Hepáticos, após diagnóstico de lesão hepática cística em TC abdominal, realizada após evidência de alterações das provas de biologia hepática em análises de rotina. O doente estava assintomático e não apresentava alterações ao exame objetivo. Realizou RMN abdominal, com suspeita de um cistoadenoma biliar. O estudo autoimune e as serologias dos vírus hepatotrópicos foram negativas, e excluiu-se a hipótese de cisto hidático por apresentar serologias do echinoccocus negativas. Os marcadores tumorais, nomeadamente o CA 19.9, eram negativos. Foi discutido o caso em reunião de grupo hepatobiliopancreático e, dada a existência de características radiológicas típicas, decidiu-se manter apenas vigilância anual com ecografia, para exclusão de transformação maligna.
Discussão: O cistoadenoma biliar é um tumor benigno raro, de etiologia desconhecida, sendo ainda mais raro no sexo masculino. Se existir suspeita desta identidade, é obrigatória a exclusão de lesões parasitárias e de neoplasias malignas, podendo, para isso, ser necessária a sua resseção cirúrgica.

P n.º 2256

Nem toda a ascite no alcoólico traduz hipertensão portal

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Luís Miguel Ferreira(1);Flávia Fundora Ramos(1);Cristiana Fernandes(1);Ana Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose peritoneal é uma das formas extra-pulmonares da tuberculose mais desafiantes de diagnosticar uma vez que os doentes podem apresentar sintomatologia inespecífica e ausência de fatores de risco para infeção por Mycobacterium Tuberculosis.
Homem de 81 anos, com antecedentes de relevo de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, fibrilhação auricular e alcoolismo. Enviado ao serviço de urgência por quadro de astenia, anorexia e aumento do perímetro abdominal com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se com hipotensão grave não responsiva a fluidoterapia; desidratação e palidez cutânea, e ascite de grande volume sob tensão. Analiticamente, a destacar, anemia microcítica hipocrómica (Hb 6.7g/dL), leucocitose e PCR aumentada, VS de 89. Em TC TAP com formações ganglionares milimétricas dispersas e fígado com proeminência do lobo hepático esquerdo e caudado e lobulação dos seus contornos. O estudo do líquido ascítico, revelou tratar-se de um exsudado com predomínio de mononucleares e ADA de 51UI/L. Inicialmente com necessidade de suporte vasopressor e transfusional. Após estabilização, realizou estudo endoscópico com gastropatia hipertensiva, sem hemorragia ativa, e manteve-se estudo etiológico com resultados de ANA 1/640 padrão nuclear com anticorpo anti-LC1 positivo e cultural de micobactérias com isolamento de M. tuberculosis. Diagnosticado quadro de choque distributivo em doente com tuberculose peritoneal e Hepatite Auto-imune previamente desconhecida. Após início de terapêutica com HRZE (isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol), o doente apresentou resolução do quadro e manteve seguimento em regime de consulta externa.
A tuberculose peritoneal representa 1 a 2% de todas as possíveis localizações da infecção por tuberculose e, apesar de rara, é uma patologia que deverá ser sempre considerada no diagnóstico diferencial de doentes com ascite linfocítica de causa desconhecida sem critérios de hipertensão portal. A instituição célere de terapêutica antibacilar eficaz poderá reduzir em mais de 50% a taxa de mortalidade desta patologia

P n.º 2257
Prescrevemos anticoagulação numa vegetação?
António Lorena Pessoa(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Apesar dos avanços tecnológicos e cirúrgicos da medicina, a endocardite infeciosa continua a ser uma doença que comporta altos níveis de morbi-mortalidade. Este caso expõe uma manifestação típica desta patologia e questiona algumas decisões terapêuticas.

Caso clinico: Mulher de 88 anos, com história pessoal de HTA, pacemaker por bloqueio aurículo ventricular e história recente de internamento unidade de Cardiologia por miocardiopatia de Takotsubo, sujeita a cateterismo. Trazida ao serviço de urgência por dificuldade respiratória, febre e tosse com 4 dias de evolução. Á observação destacava-se a auscultação cardíaca taquiarritmia e a auscultação pulmonar uma hipofonese da base esquerda. Analiticamente apresentava uma hipocaliemia, bicitopenia (leucopenia e trombocitopenia), elevação das troponinas e aumento dos parâmetros inflamatórios. Para esclarecimento do quadro de febre sem foco, colheram-se culturas, iniciou a correcção hidroelectrolitica e antibioterapia de largo espectro. Realizou no internamento um ecocardiograma transtorácico que identificou uma vegetação na válvula mitral nativa. As culturas confirmaram posteriormente a bacteriemia por Enterococcus Faecalis. A terapia foi ajustada segundo o antibiograma. Como intercorrências, ao D14 de internamento, verificou-se um AVC isquémico agudo vertebro-basilar em contexto de embolização.

Conclusão: A embolização sistémica é uma complicação frequente da endocardite infeciosa e um grande determinante da morbi-mortalidade. A anticoagulação poderá ser continuada em doentes que já a realizem por motivos diversos, mas não está indicada para a redução de vegetações ou para diminuição do risco embolico. Segundo alguns estudos, a antiagregação pode ter um efeito benéfico na mortalidade mas não na taxa de embolização.

P n.º 2258

Infeção por Saprochaete spp – um caso clínico

Joana Oliveira Rodrigues(1);Ana Luísa Matos(1);Sónia Almeida(1);Ricardo Clara Teixeira(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A espécie de fungos Saprochaete spp constitui uma causa rara e grave de doença invasiva. Ocorre maioritariamente em imunodeprimidos e doentes críticos com internamento prolongado em unidades de cuidados intensivos, mas há casos em imunocompetentes com história de doença pulmonar. A presença de cateter venoso central parece ser fator de risco. Há desafios na abordagem: não há marcadores específicos de diagnóstico, feito por cultura; e não há terapêutica padronizada, sabendo-se que é intrinsecamente resistente a equinocandinas e resistente a fluconazol. O tratamento habitual inclui anfotericina B (com ou sem flucitosina).
Caso clínico: Mulher de 81 anos, com fratura trimaleolar direita com sinais inflamatórios locais com indicação inicial para tratamento conservador. Colhido exsudado da ferida não cirúrgica. Na semana seguinte recorreu ao Serviço de Urgência por sépsis com disfunção renal e respiratória com ponto de partida em infeção dos tecidos moles perifractura. Medicada com meropenem e linezolide (alterado para vancomicina por bacteriémia) dirigidos, respetivamente, a Pseudomonas aeruginosa e MRSA identificados, por CVC. Tentativa de controlo de foco com limpeza cirúrgica, sem sucesso, com necessidade de amputação infragenicular direita e resposta clinica e analítica. No 30º dia de internamento, agravamento clinico por infeção de CVC. Culturas de ponta do CVC e hemoculturas com Providentia stuartii e Saprochaete clavata. Fez terapêutica dirigida com piperacilina/tazobactam e anfotericina B. Apresentou evolução desfavorável, com óbito ao 58º dia de internamento.
Conclusão: A espécie Saprochaete spp está associada a infeções graves, nomeadamente em imunossuprimidos. O seu reconhecimento é essencial para o diagnóstico e tratamento atempado, com influência na morbimortalidade. Este caso expõe uma apresentação pouco usual uma vez que se trata de doente imunocompetente.

P n.º 2259

Emergência Hipertensiva como diagnóstico inaugural de Hipertensão Arterial

Maria João Cadório(1);Catarina Reigota(1);Rogério Ferreira(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Uma Emergência Hipertensiva caracteriza-se pela elevação da pressão arterial (PA) sistólica ≥180 mmHg e/ou diastólica ≥120 mmHg, associada a lesão aguda de órgão alvo. É uma entidade potencialmente fatal que exige tratamento imediato. A sua prevalência no Serviço de Urgência (SU) tem aumentado e até 25% dos casos surge como apresentação inaugural de hipertensão arterial (HTA).
Caso Clínico: Homem de 39 anos, autónomo e previamente saudável, recorreu ao SU por cefaleia e tonturas com 5 horas de evolução, sem outra sintomatologia, associado a PA ~250/170 mmHg. A fundoscopia revelou manchas algodonosas e hemorragia em chama de vela, compatíveis com lesão aguda de órgão alvo mediada por HTA. O eletrocardiograma evidenciou critérios de hipertrofia ventricular esquerda. Analiticamente com função renal, troponinas e análise sumária de urina dentro da normalidade. A tomografia computorizada crânio-encefálica não identificou lesões vasculares agudas. Perante o diagnóstico de Emergência Hipertensiva, o doente iniciou tratamento endovenoso com labetalol em perfusão 24 horas, com descida do perfil tensional. Iniciou de seguida nifedipina oral, com vista a minimizar interferências no eixo renina-angiotensina-aldosterona para um correto estudo complementar de causas secundárias de HTA, do qual se destaca: função tiroideia, renina, aldosterona, metanefrinas séricas e cortisol da urina das 24 horas normais; creatinina, proteínas, albumina urinárias elevadas; ecografia renal e suprarrenal sem neoformações e com doppler renal sem sinais de estenose da artéria renal. Assumiu-se HTA essencial. Evoluiu favoravelmente e teve alta orientado para consulta de Medicina Interna, medicado com terapêutica anti-hipertensora tripla.
Conclusão: Pela evolução frequentemente silenciosa da HTA, o seu diagnóstico pode surgir já perante apresentações clínicas graves, sendo de realçar a importância do rastreio populacional da HTA.

P n.º 2261

Quando uma “simples” pielonefrite traz brinde

Rita Tolda Martins Carrilho Fideles(1);Marina Coelho(1);D'jalma Sousa(1);Carla Henriques(1);Ana Costa(1);Ivone Barracha(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O hiperparatiroidismo primário (HPTP) é uma doença do metabolismo fosfo-cálcico relativamente comum que resulta da hipersecreção de hormona paratiroideia (PTH) e é a causa mais comum de hipercalcémia mas o seu diagnóstico requer um elevado grau de suspeição, especialmente em doentes com alterações iónicas discretas.

Apresentamos o caso de uma mulher de 44 anos, com antecedentes de litíase renal desde os 30 anos que tinha já condicionado múltiplos internamentos na Urologia por cólica renal e pielonefrite tendo inclusivamente realizado várias sessões de litotrícia e derivação das vias urinárias, sempre com recorrência do quadro clínico. Em março de 2022 recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar e febre tendo sido internada com o diagnóstico de litíase das vias urinárias complicada de pielonefrite direita. A avaliação analítica mostrava hipercalcémia e hipofosfatémia discretas (11,1 mg/dL [8.40 - 10.20 mg/dL] e 2,1 mg/dL [2.3 - 4.7 mg/dL], respetivamente) e a TC das vias urinárias evidenciava nefrocalcinose bilateral. O doseamento de PTH revelou hiperparatiroidismo (314 pg/mL [12 e 65 pg/mL]). Realizou ecografia da tiróide e paratiróides que identificou nódulo sólido com 7mm de maior eixo posteriormente ao pólo inferior do lobo direito da tiróide e cintigrafia da paratiróide com sestamibi que confirmou captação na porção inferior do lobo direito da tiróide com comportamento sugestivo de adenoma. A doente foi referenciada para cirurgia que se encontra a aguardar.

Este caso com evolução de 14 anos mostra-nos a importância de estar alerta para a frequência do HPTP e as manifestações do mesmo a fim de antecipar o diagnóstico e evitar as complicações que este acarreta, nomeadamente a litíase urinária bilateral, que em casos extremos pode mesmo comprometer a função renal.

P n.º 2263
O DIAGNÓSTICO À FLOR DA PELE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Anita Cunha(1);Inês Freitas(1);Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Raquel Afonso(1);Miguel Romano(1);Alexandra Esteves(1);Carlos Ribeiro(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As síndromes paraneoplásicas, consistem num vasto conjunto de manifestações, que podem preceder, ser síncronas ou suceder o diagnóstico de uma neoplasia.
Homem, 65 anos, com hábitos tabágicos e etílicos marcados. Internado ao cuidado de Neurologia por disfagia, com progressão de sólidos para líquidos com um mês de evolução, associada a disfonia, astenia e perda ponderal. Ao exame físico caquexia marcada e fraqueza muscular (G2/5) de predomínio proximal, envolvendo as cinturas e os músculos do pescoço. Identificada neoformação esponjosa no rebordo da arcada dentária inferior direita, cujo exame histológico revelou carcinoma espinocelular invasor queratinizante, com ressonância magnética a descrever extensa lesão destrutiva da mandíbula, com invasão da cavidade oral. Considerada disfagia mecânica no contexto da neoplasia e fraqueza muscular em contexto da desnutrição severa e sarcopenia, sendo pedida colaboração a Medicina para seguimento do doente. À nossa observação, reconhecido eritema heliótropo, eritema em xaile e pápulas de Gottron, notados pelo doente três meses antes da admissão, mas desvalorizadas. Analiticamente, creatinina quinase aumentadas, com anticorpo PM Scl 100 positivo. Eletromiografia e PET-TC compatíveis com miopatia inflamatória difusa de vários grupos musculares. Assumida dermatomiosite paraneoplásica, cumpriu dois ciclos imunoglobulina intravenosa associada a pulsos de metilprednisolona, apenas com melhoria das lesões cutâneas. Transferido para centro de referência onde iniciou esquema de quimioterapia primária com carboplatina e paclitaxel, com melhoria gradual, mas franca da disfagia e do quadro miopático.
A avaliação clínica e o exame físico são essenciais no diagnóstico de doentes complexos. Este caso eleva a importância do reconhecimento de entidades reumatológicas paraneoplásicas, em particular a dermatomiosite, associada a neoplasias em 50% dos doentes com idade superior a 65 anos e que classicamente melhora após tratamento da mesma.

P n.º 2269

Complicações pós-COVID no doente jovem

Ana Carina Baldino(1);Patricia Serpa Soares(1);José Vaz(1);Ana Rita Rocha(1);Mariana Nápoles(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: É de conhecimento geral, que muitas infeções virais podem levar a miopericardites num segundo tempo e a infeção a SARS-CoV2 não é exceção. O que este caso demonstra é exatamente a exuberância das alterações anatómicas que podem ocorrer.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 32 anos, com antecedentes pessoais de infeção SARS-CoV2 há 2 meses, sem medicação de ambulatório. Doente que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia retrosternal tipo pleurítico, sem irradiação, associada a dispneia, odinalgia e febre com um dia de evolução. À admissão no Serviço de Urgência não apresentava alterações ao exame objetivo. Dos exames realizados a destacar: elevação dos parâmetros inflamatórios e marcadores necrose miocárdica dentro dos valores de referência; eletrocardiograma em ritmo sinusal sem alterações do segmento ST com uma frequência cardíaca de 107bpm; radiografia torácica com índice cardiotorácico muito superior a 0.5; TC-torácica com evidência de derrame pericárdico com espessura máxima de 34 mm e coração e grandes vasos com dimensões normais; ecocardiograma sem alterações estruturais. Neste contexto, foi avaliado pelo Cardiologia, colocou-se hipótese diagnóstica de pericardite com derrame pericárdico importante, iniciou terapêutica com anti-inflamatório não esteroide, colchicina e furosemida e optou-se por internamento. Durante a permanência no serviço de internamento de Cardiologia apresentou melhoria sintomática, estabilidade hemodinâmica e redução significativa do derrame pericárdico.

Discussão: Os mecanismos de lesão cardíaca pós-infeção SARS-CoV2 são múltiplos, o que pode levar a manifestações cardíacas tardias, como é exemplo este caso clínico. Embora a pericardite viral causada directamente pelo SARS-CoCV2 não possa ser confirmada, todo o contexto deste doente torna essa a hipótese diagnóstica mais provável.

P n.º 2273

A Síndrome Hipereosinofílica, o que esconde?

Manuel Pimentel Maia(1);Mariana Baptista Ferreira(1);Telma Alves(1);Fátima Silva(1);Jorge Fortuna(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A Síndrome Hipereosinofílica (SHE) é um distúrbio raro, causado por produção excessiva de eosinófilos, com lesão de órgãos-alvo, devido ao infiltrado eosinofílico e seus mediadores.
Caso clínico: mulher de 69 anos, internada para estudo de dispneia de esforço com 6 meses de evolução, associado a tosse seca recorrente, suores noturnos, perda de peso >10%, eosinofilia e VS>100. Consultou vários especialistas, sem diagnóstico e sem melhoria. De antecedentes pessoais, a referir neoplasia do cólon em 2011, asma e hipotiroidismo, medicada com Levotiroxina e Fluticasona+Vilanterol SOS. A nível analítico destaca-se eosinofilia persistente, com linfócitos de maior dimensão, citoplasma basófilo e mimetização de ativação. Realizou estudo autoimune incluindo ANAs, ANCAs sem alterações e estudo hematológico com medulograma, biópsia óssea, cariótipo para exclusão de alterações citogenéticas de neoplasias hematológicas e pesquisa de BCR/ABL1 e FIP1L1/PDGFRA, sendo excluída doença hemato-oncológica. Descartaram-se, também, causas infecciosas de eosinofilia. A TC-tórax mostrou adenomegalias não calcificadas, áreas em vidro despolido e bronquiectasias de tração. Realizou todo o estudo sem corticóide, exceto a broncofibroscopia e LBA, visto que, por hipoxemia grave e pieira intensa, após engasgamento no dia anterior, fez toma de corticóide. Verificou-se remissão completa da hipereosinofilia e melhoria clínica em apenas 12-24h. Após exclusão de neoplasia hematológica, de causas infecciosas e dada a remissão da eosinofilia com corticóide, assumiu-se o diagnóstico de SHE com atingimento pulmonar. A doente mantém-se sob prednisolona em redução progressiva, assintomática.
Discussão: Devido à sua raridade e variedade na apresentação, é muitas vezes de difícil diagnóstico, sendo a hipereosinofilia desvalorizada e associada a alergias e parasitoses, como no caso desta doente. É importante alertar para esta entidade, de sintomas inespecíficos e de difícil diagnóstico.

P n.º 2279

Streptococcus constellatus e Parvimonas micra: agentes raros de infeção piogénica intra-abdominal

Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Ines Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Sérgio Cabaço(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Helena Pacheco(1);Conceição Facha Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O abcesso hepático constitui um desafio diagnóstico com mortalidade não negligenciável se não diagnosticado e tratado atempadamente. A sua origem é geralmente bacteriana (> 80%), parasitária, mista ou, mais raramente, fúngica. Parvimonas micra é um organismo gram positivo, anaeróbio, fastidioso, difícil de isolar em cultura, comumente encontrado na cavidade oral e trato gastrointestinal, associado a doença periodontal e constituinte de infeções anaeróbicas mistas, como abcessos intra-abdominais. Streptococcus constellatus, membro do grupo Streptococcus anginosus, são conhecidos comensais dos tratos respiratório superior, digestivo e urogenital e embora raro, a importância deste grupo como causador de infeções piogénicas graves tem aumentado. Apresenta-se o caso de um homem de 38 anos, natural do Bangladesh, em Portugal há 3 anos, sem antecedentes relevantes, admitido no SU por febre com 2 semanas de evolução, sem outra sintomatologia associada. À admissão, TT 38ºC, HD estável, eupneico, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios (leucocitose 16.490, neutrofilia absoluta 11.930, PCR 352,4mg/L) e alteração de parâmetros hepáticos (AST 50U/L, ALT 61U/L, FA 206U/L, GGT 161U/L). Admitida febre sem foco, tendo sido internado para investigação. Durante o internamento com hemoculturas e serologias negativas. Exames complementares de imagem revelaram “abcesso hepático no segmento VII, de maiores eixos ortogonais 70x50mm”, tendo sido iniciada antibioterapia com Piperacilina/tazobactam e realizada drenagem percutânea com isolamento microbiológico de Streptococcus constellatus e Parvimonas micra. Ao 24º dia de internamento, realizou TC-AP de controlo com “marcada redução das dimensões do abcesso”, tendo sido removida a drenagem e suspensa antibioterapia. Este caso destaca-se pela raridade destes agentes comensais serem causadores deste tipo de entidade infecciosa.

P n.º 2281
Função hepática - uma alteração súbita
Maria m. Roque(1);Pedro Moules(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A interpretação dos parâmetros de função hepática é um problema frequente na prática clínica sendo que existem múltiplas causas possíveis; é uma das situações em que se torna ainda mais premente a realização de uma história clínica pormenorizada. Apresentamos o caso de uma mulher de 70 anos, natural de São Tomé e Príncipe, residente em Portugal há mais de 20 anos, sem viagens recentes; hipertensa, diabética, obesa. Apresentava vinda recente ao Serviço de Urgência por náuseas, tonturas e vo´mitos persistentes. Neste episódio, admitida por precordialgia tipo aperto e dispneia. Referia período em que sentiu dor na regia~o gemelar esquerda com resolução posterior. Do exame objetivo, apenas a referir polipneia e membros inferiores com sinais de insuficie^ncia venosa cro´nica. Gasimetria em ar ambiente com hipoxemia e hipocapnia.
Analiticamente, discreta elevac¸a~o de d-di´meros, avaliação seriada da troponina negativa e elevac¸a~o franca das transaminases: aspartato aminotransferase 1488UI/L, alanina aminotransferase 1118UI/L, fosfatase alcalina 308UI/L, gama glutamiltransferase 606UI/L. Realizou angiotomografia do to´rax sem tromboembolismo pulmonar; ecografia abdominal a mostrar esteatose hepa´tica grave. Cintigrafia pulmonar de ventilac¸a~o/perfusa~o tambe´m sem alterac¸o~es compati´veis com tromboembolismo. A doente evoluiu com melhoria ra´pida de para^metros de citocolestase e resoluc¸a~o da dispneia e dor tora´cica. Foram pedidas serologias virais com positividade para vírus da hepatite E (VHE), IgG e IgM.
O VHE tem uma distribuição mundial, com uma seroprevalência de IgG positivo de 16,3% em Portugal. Salienta-se a importância de identificar esta infeção, pois o seu curso é geralmente autolimitado e, não existindo terapêuticas dirigidas, devem evitar-se procedimentos desnecessários, sendo a hospitalização necessária apenas na hepatite fulminante e em grávidas.
Este caso reflete a boa evolução de uma entidade cada vez menos documentada, sendo essencial manter a sua suspeição clínica e notificação.

P n.º 2285

Hepatite aguda e eritema nodoso secundários a Cotrimoxazol - a propósito de um caso clínico

Ana Maria Hortas(1);Patrícia Clara(1);Sónia Carvalho(1);Fernando Guimarães(1);Fernando B. Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) atua sinergicamente contra uma grande variedade de agentes. Os efeitos adversos mais frequentes são reações de hipersensibilidade e alterações gastrointestinais. A hepatotoxicidade e eritema nodoso são raros (prevalência de 0.33% e 0.04%, respetivamente). A lesão hepática está bem estabelecida: febre e rash que surgem de forma súbita seguidos de icterícia. Podem iniciar-se dias a semanas após o a instituição terapêutica. A lesão hepática é idiossincrática e o padrão pode ser colestático ou misto. A severidade varia desde assintomática a insuficiência hepática fulminante. A maioria dos casos são autolimitados e resolvem 2 a 8 semanas após a sua descontinuação.
Mulher, 72 anos, sem antecedentes relevantes. Foi medicada com TMP-SMX empírico por cistite aguda. No 11º dia após término do TMP-SMX desenvolveu rash pruriginoso generalizado que cedeu à toma de anti-histamínico. Ao 21º dia recorreu ao serviço de urgência astenia, icterícia e colúria. Apresentava alterações das provas de biologia hepática com padrão misto tendo ficado internada por suspeita de DILI (Drug Induced Liver Injury). No 25º dia, surgiu um eritema nodoso na perna direita. Da investigação apresentava marcadores virais, estudo auto-imune e TAC abdominal sem alterações. Iniciou prednisolona 20mg e ácido ursodesoxicólico. Realizou biópsia hepática, cujo resultado foi compatível com a hipótese diagnóstica, concluindo-se, assim, tratar-se de um caso de Hepatite Aguda secundária a Cotrimoxazol (DILI). Houve melhoria clínica e analítica com normalização completa verificada na consulta de reavaliação em consulta externa.
Este caso salienta a importância da realização de uma anamnese e exame objetivo detalhados para identificação precoce deste fármaco como possível agente causador destas entidades. Tendo em conta a frequência deste fármaco na prática clínica pretende-se ainda apresentar uma revisão dos efeitos adversos a ele associados.

P n.º 2286

Doença invasiva por Haemophilus influenzae em doente imunocomprometida

Diana Miranda(1);Carolina Silva(1);Maria Bourbon Ruão(1);Nuno Miguel Pereira(1);Diana Isabel Rocha(1);José Nuno de Magalhães(1);Teresa Cardoso(1);Irene Aragao(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: O Haemophilus influenzae (Hi) é um cocobacilo Gram negativo considerado como constituinte da flora comensal do trato respiratório superior dos seres humanos. As infeções sistémicas por Hi são graves e potencialmente fatais, nomeadamente com apresentação com meningite ou epiglotite, sendo de notificação obrigatória. Haemophilus influenzae sorotipo b era responsável por 95% das doenças invasivas antes da introdução dos programas de vacinação tendo-se verificado um declínio acentuado após a introdução da vacina. Os casos de infeções sistémicas por Hi em adultos tem sido reportados principalmente em indivíduos imunocomprometidos.
CASO CLÍNICO: Mulher, 58 anos, autónoma, com antecedentes de DM tipo 2, obesidade e artrite inespecífica corticotratada (5mg/dia há mais de 20 anos).
Admitida em Novembro/2021 por quadro de febre, rouquidão, tosse e dispneia com um dia de evolução, associados a sensação de corpo estranho na orofaringe e disfonia.
Durante a permanência no SU evolução com choque séptico com disfunção multiorganica e estridor tendo sido admitida na sala de emergência. Realizada fibroscopia onde se objetivou epiglotite aguda com edema das estruturas supraglóticas procedendo-se a intubação orotraqueal. Isolamento de Haemophilus influenzae tipo b multissensível nas hemoculturas e na cultura de secreções brônquicas, tendo iniciado ciclo de antibioterapia com ceftriaxone que cumpriu durante 11 dias com boa resposta analítica e esterilização sanguínea. Desde a admissão, com trombocitopenia e lesões purpúricas das extremidades distais de todos os membros com evolução para necrose seca. Assumida púrpura fulminans tendo sido submetida a amputação transtibioperoneal do membro inferior esquerdo e transradial e cúbica do membro superior direito e esquerdo, sem intercorrências. Restantes disfunções de órgão com resolução lenta mas favorável tendo tido alta da unidade de cuidados intensivos em Janeiro/2022 para enfermaria de cirurgia vascular com apoio de nefrologia para otimização da função renal.
CONCLUSÃO: A doença invasiva por Hi apesar de cada vez mais rara na era pós vacina é fundamental estar alerta para este patogeneo dadas as complicações potencialmente fatais que pode causar principalmente em indivíduos imunocomprometidos.

P n.º 2289

Abcesso a Rothia dentocariosa: a propósito de uma mordedura de gato

Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Inês Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Sérgio Cabaço(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Helena Pacheco(1);Conceição Facha Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Rothia dentocariosa, do género Rothia e da família das Micrococcaceae, é uma bactéria gram positiva, aeróbia, originalmente isolada de placas e cáries dentárias que faz parte da flora comensal da cavidade oral, orofaringe e trato respiratório. Considerada de baixa virulência para o Homem, tem sido cada vez mais reconhecida como agente patogénico. Habitualmente mais reconhecida como causa de infeção periodontal, tem sido considerada nos últimos anos, como causa de várias outras entidades infeciosas. Apresenta-se um caso de um homem de 74A, com história de HTA, diabetes mellitus e cardiopatia isquémica, que recorre ao SU por febre, sinais inflamatórios e impotência funcional do membro superior direito, após mordedura de gato ao nível do dorso da mão, 2 semanas antes. À observação, com TT 37,8ºC, MSD com sinais inflamatórios exuberantes e dor à mobilização passiva e ativa, edema da mão e 1/2 distal do antebraço homolateral, com eritema sobretudo na eminência cubital do punho e ferida no dorso da mão. Analiticamente destacava-se aumento de parâmetros inflamatórios (sem leucocitose, mas com PCR 279,7mg/L). Realizou TC articular do punho, com "espessamento e densificação dos planos moles praticamente de forma difusa, sobretudo na vertente dorsal (celulite?); coexistindo área fusiforme e hipoatenuante com duvidosas bolhas gasosas de aparente epicentro muscular na vertente mais distal dos elementos flexores da mão/dedos (abcesso?)". Nas hemoculturas foi isolada Rothia dentocariosa. Iniciou antibioterapia com Amoxicilina/Ác. Clavulânico e optou-se pelo internamento para consolidação terapêutica e vigilância. Durante o internamento, evolução para área de flutuação dolorosa do punho, tendo sido submetido a drenagem cirúrgica, com subsequente melhoria clínica e analítica, tendo tido alta ao 8º dia de internamento. Este caso destaca-se pela raridade do agente isolado como agente patogénico neste tipo de entidade infecciosa.

P n.º 2290

Neurossífilis - a propósito de um caso clínico

Miguel Lázaro Mendes(1);Catarina Tavares Valente(1);Jéssica Fidalgo(1);Ivanna Ostapiuk(1);João Rodrigues(1);Inês Salvado de Carvalho(1);Luís Veiga(1);Sonia Coelho(1);Paula Catarina Neves(1);João s. Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A sífilis é uma infeção sexualmente transmissível (IST) cuja incidência tem crescido em determinadas populações, nomeadamente entre os homens que fazem sexo com homens.
O Treponema pallidum dissemina-se nos primeiros dias após a infeção, com invasão rápida dos tecidos à distância. O envolvimento do Sistema Nervoso Central, sintomático ou não, pode surgir em qualquer estadio da sífilis.

CASO CLÍNICO
Homem, 41 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por afasia transitória (reverteu espontaneamente ao fim de 30 minutos). Referia vertigem e cefaleia frequente com um mês de evolucção.
Apresentava labilidade emocional, verborreia e agitação psicomotora. Análises sem alterações de relevo. Tomografia Computorizada Crânio-Encefálico: “enfarte isquémico na extremidade posterior da circunvolução frontal média esquerda e hipodensidade no lobo temporal direito”.
Ficou internado na Unidade de Acidente Cerebrovascular (AVC).
Da história clínica colhida apurou-se que o doente, 5 meses antes teria feito análises para despiste de ISTs, que não mostraram alterações. Cerca de 4 meses antes da vinda ao SU, terá tido relação de risco com um homem e 18 dias depois notou uma lesão ulcerada, indolor, de consistência dura, na região da glande, melhorada em 2 semanas.
Fez Ressonância Magnética Crânio Encefálica (RM-CE) que mostrou 6 lesões cortico-subcorticais nos hemisférios cerebrais, de natureza incerta, podendo corresponder a “lesões neoformativas secundarias ou, [...] de natureza inflamatória, [...] auto-imune/granulomatosa.”
Fez punção lombar que mostrou aumento marcado de leucócitos e eritrócitos e teste Venereal disease research laboratory (VDRL) positivo.
Cumpriu 14 dias de penicilina endovenosa, com reversão das alterações do liquor, redução das lesões observadas na RM-CE e melhoria clínica.

DISCUSSÃO
A Neurossifilis pode apresentar-se em qualquer estadio da sífilis e pode mimetizar muitas outras patologias. Neste caso, um AVC.

P n.º 2291
Linfoma de Hodgkin – O diagnóstico na hora H
Ana Carina Baldino(1);Patricia Serpa Soares(1);José Vaz(1);Mariana Nápoles(1);Ana Rita Rocha(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia linfóide rara, com uma taxa de cura de cerca de 80%. Destacam-se quatro características dos linfomas Hodgkin: maior prevalência em jovens adultos, envolvimento ganglionar cervical comum, exame anatomo-patológico com células Reed-Sternberg e linfócitos T a envolver as células neoplásicas.
Caso clínico: Homem de 35 anos recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse não produtiva, dispneia para esforços mínimos, sudorese noturna, perda ponderal, tumefações cervicais bilaterais. Apresentava polipneia com necessidade de oxigénio suplementar, disfonia, pieira, murmúrio vesicular abolido à esquerda, adenopatias retroauriculares, cervicais e supraclaviculares bilateralmente. Analiticamente a destacar: leucocitose 16450x10^6/L com linfopenia 300/L, PCR 3.5mg/dL. Radiografia torácica com hipotransparência do hemitórax esquerdo e desvio estruturas mediastínicas para direita, sugestiva de derrame pleural. Fez toracocentese diagnóstica e evacuadora com exame citoquímico a favor de transudado. Foi internado para estudo etiológico e otimização terapêutica. Durante o internamento, e sob terapêutica broncodilatadora e diurética, evoluiu favoravelmente do ponto de vista respiratório. Para esclarecimento do quadro fez tomografia computorizada cervico-toraco-abdomino-pélvica, destacando-se: "…conglomerados adenopáticos cervicais bilaterais ... mediastino ocupado por volumosas massas a condicionar desvio de estruturas e empurramento do coração para a direita … adenopatias hilares bilaterais … baço com dimensões no limite superior da normalidade … adenopatias látero-aórticas abaixo emergência das renais…" Realizada biópsia excisional de adenopatia supra-clavicular e diagnosticado Linfoma de Hodgkin, tipo esclerose nodular. Teve alta orientado para Hospital de Dia de Hematologia, iniciou quimioterapia dirigida com melhoria clínica e imagiológica após 3 ciclos.
Discussão: No caso apresentado, salienta-se a exuberância da apresentação clínica, potenciada pela desvalorização inicial do quadro pelo doente, assim como o potencial de cura desta neoplasia e importância de intervenção atempada.

P n.º 2296

Poliartralgias e Síndrome Nefrótico no Jovem - O que escondem?

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);José Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O Síndrome antifosfolipídico é caracterizado por eventos trombóticos arteriais ou venosos e pode ocorrer como uma doença primária ou secundária a outras doenças - 31% dos casos associados ao Lúpus Eritematoso Sistémico. O envolvimento renal do LES ocorre em cerca de 50% dos doentes, sendo que a apresentação inicial pode variar desde hematúria assintomática a síndrome nefrótico.
Homem de 22 anos, autónomo, sem antecedentes patológicos, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de poliartralgias assimétricas e migratórias dos dedos das mãos, edema periorbital e bimaleolar de instalação súbita com 3 semanas de evolução. Sem alteração da diurese, ou demais queixas. Ao exame objetivo apresentava-se normotenso, apirético, com edema dos membros inferiores e periorbitário. Analiticamente apresentava pancitopenia (Hb 10,5g/dL, leucócitos 3 800 e plaquetas 76 000), Creatinina 1,32g/dL, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hipercolesterolemia, proteinúria >8g/24h sem leucoeritrocitúria. Foi internado por Síndrome Nefrótico de etiologia a esclarecer. Do estudo etiológico destacam-se como positivos: ANAs, anticorpo anti-dsDNA, anti-cardiolipina, anti-B2 glicoproteína, anticoagulante lúpico e consumo de complemento; marcadores víricos de hepatite B e C e VIH negativos; TC toraco-abdomino-pélvico com descrição de enfarte esplénico. Realizada biópsia renal com evidência de proliferação endocapilar difusa e imunofluorescência full house, compatível com nefrite lúpica IV/V. Diagnosticado com LES com atingimento renal, articular e hematológico com Síndrome Antifosfolipídico secundário, confirmado posteriormente em regime de consulta externa de Reumatologia. Foi tratado com corticoterapia, hidroxicloroquina e micofenolato de mofetil, assim como foi iniciada hipocoagulação e é atualmente seguido nas consultas de Nefrologia e Reumatologia, com recuperação da função renal, da pancitopenia e das queixas articulares, contudo, a manter proteinúria ligeira.
O LES e o SAF são duas doenças com proximidade clínica uma vez que até 40% dos doentes com LES apresentam anticorpos positivos para SAF. Contudo, estas doenças autoimunes sistémicas são distintas e têm de ser abordadas de forma individual

P n.º 2297
Abcesso hepático amebiano
Teresa Costa Pereira(1);Zsofia Santos(1);Vera Figueiredo(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O abcesso hepático amebiano é a manifestação extra-intestinal de amebíase mais comum, causada pelo agente infeccioso Entamoeba histolytica. É prevalente em homens na idade adulta entre os 40 e 50 anos, sendo mais frequente em imunodeprimidos com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). É considerado endémico na India, Africa, México, América Central e América do Sul.

Caso clínico:
Homem, 54 anos, melanodérmico, natural de São Tomé, autónomo, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, obesidade e hábitos etanólicos moderados. Trabalha na área de construção civil. Quadro inicial de dor no hipocôndrio direito, dor pleurítica direita e sensação de dispneia com cerca de 1 mês de evolução. Analiticamente com leucocitose (Leucócitos 20400/uL) de predomínio neutrofílico (Neutrófilos 87.6%) e Proteina C Reativa (PCR) 28.79 mg/dL. Radiografia do tórax com derrame pleural extenso até dois terços do hemitórax direito. Insuficiência respiratória parcial ligeira com necessidade de suplementação de oxigénio por óculos nasais até 1L/min. A Tomografia Computorizada (TC) do tórax revelou dois abcessos hepáticos, um dos quais fistulizado à cavidade pleural a condicionar derrame pleural de grande volume. Realizou toracocentese com saída de líquido pleural turvo acastanhado, compatível com exsudado. Submetido a laparotomia subcostal direita com prolongamento mediano, posterior drenagem dos abcessos hepáticos e encerramento da fístula pleural. Hemoculturas, exames bacteriológicos e micológicos negativos. Anticorpo anti-entamoeba histolytica IgG positivo. Diagnóstico final de abcesso hepático amebiano. Cumpriu 9 dias de ceftriaxone e 16 dias de metronidazol com melhoria clínica.

Discussão:
Tendo em conta a apresentação clínica inicial, foi colocada a hipótese de Pneumonia adquirida na comunidade, com derrame pleural meta-pneumónico, para a qual iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina+ácido clavulânico e claritromicina. No entanto, a TC veio mostrar um diagnóstico completamente diferente com uma abordagem terapêutica igualmente distinta. Isto vem reforçar a importância de considerar os vários diagnósticos diferenciais associados ao derrame pleural, tendo em conta o contexto epidemiológico em que cada doente se insere.

P n.º 2298

O homem das cavern(om)as: epilepsia temporal como etiologia de alucinações auditivo-visuais

Hugo Alves(1);Teresa Costa e Silva(1);Madalena Machete(1);Carla Pereira(1);Sílvia Balhana(1);Carla Noronha(1);Célia Machado(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
Alucinação é definida como perceção sensorial na ausência de estímulo externo ou somático correspondente. Apesar da sua etiologia ser maioritariamente neurológica ou psiquiátrica, cabe muitas vezes à Medicina Interna a abordagem primária ao doente com alucinações de novo.
Caso clínico:
Homem, de 70 anos, com antecedentes pessoais de angiomas cavernosos dispersos por ambos os hemisférios cerebrais e tronco cerebral, assintomático e sem seguimento desde 2004. Recorre à urgência por quadro de 3 dias de alucinações auditivo-visuais de novo, com conteúdo imperativo e violento, bem como pensamentos intrusivos e egodistónicos. Exame físico, neurológico e laboratorial sem alterações. Ressonância magnética crânio-encefálica com angiomas cavernosos ao nível cortico-subcortical pré-central esquerda, parieto-temporal direita, insular direita, occipital interna direita, temporal lateral esquerda e adjacente ao segmento posterior do corpo do ventrículo lateral esquerdo.
Eletroencefalograma: Atividade lenta na região temporal esquerda por provável lesão estrutural subjacente com surtos de atividade epileptiforme.
Medicado com Valproato e Risperidona, posteriormente descontinuada por lentidão, com remissão completa dos sintomas após 3 dias, sem recorrências registadas.
Discussão:
Para a sua correcta referenciação e tratamento de um doente com alucinações de novo, é imperativa a capacidade de realizar uma marcha diagnóstica que permita fazer a distinção entre patologia psiquiátrica e orgânica. Uma história clínica completa permite-nos direcionar meios complementares e hipóteses diagnósticas de modo a iniciar terapêutica o mais precocemente possível.

P n.º 2305

Síndrome de DRESS (SD) pós-vacina contra a Covid-19

Mariana Moreira Azevedo(1);Marta Catarina Bernardo(1);Mariana Nunes(1);Patrícia Clara(1);Cristiana Pinto(1);Sónia Carvalho(1);Natália Lopes(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Outro

Introdução: A Síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) é uma reação farmacológica adversa grave, caracterizada por rash cutâneo extenso, envolvimento orgânico, adenopatias, eosinofilia e linfocitose atípica, com uma apresentação variável. A reação surge 2 a 8 semanas após a introdução do fármaco, sendo os antiepiléticos, o alopurinol, as sulfonamidas e a vancomicina os mais envolvidos. A associação a genes HLA tem sido demonstrada. A abordagem depende da severidade do envolvimento cutâneo/orgânico e a maioria recupera completamente.
Caso clínico: Mulher, de 49 anos, com espondiloartropatia HLA-B27+, que teria iniciado sulfassalazina há 2 meses. Recorre à urgência por lesões cutâneas maculopapulares eritematosas, pruriginosas e dispersas pelo corpo, com predomínio no tronco e membros, com 10 dias de evolução, que surgiram 2 dias após a 3ª toma da vacina contra a Covid-19. Apresentava febre, edema da face e adenopatias retroauriculares e submandibulares bilaterais palpáveis. Analiticamente, com eosinofilia (3170 neutrófilos/uL) e citólise hepática (AST 53 U/L, ALT 87 U/L). Com um score RegiSCAR DRESS de 5 (diagnóstico provável), ficou internada para estudo e tratamento. Do estudo realizado, o painel de zoonoses, as serologias víricas (VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, EBV, herpes simplex, parvovírus), as hemoculturas, o estudo autoimune e a pesquisa de sífilis, mycoplasma pneumoniae e chlamydia trachomatis foram negativos. Iniciou corticoterapia oral e suspendeu a sulfassalazina, com melhoria clínica e analítica gradual, e sem recorrência. O resultado da biópsia cutânea evidenciou aspetos morfológicos compatíveis, sendo assumido o diagnóstico de SD, induzida pela sulfassalazina e precipitada pela vacina.
Discussão: A SD é uma reação de hipersensibilidade induzida por drogas, rara mas potencialmente fatal. Assim, é importante estar alerta, perante achados cutâneos, sistémicos, laboratoriais e/ou imagiológicas sugestivos, em doentes com história de exposição a determinados fármacos.

P n.º 2316

O que esconde uma intoxicação medicamentosa voluntária?

José Pedro Oliveira Abreu Fernandes(1);Ana Rita Ramalho(1);José Texeira Magalhães(1);Maria João Rocha(1);Ana Filipa Fernandes(1);Khystyna Fedak(1);João Porto(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
Emergência hipertensiva, condição ameaçadora de vida, caracteriza-se por falência aguda de órgão associado a tensões arteriais (TA) superiores a 180/120 mmHg. O atingimento cerebrovascular manifesta-se como hemorragia, enfarte cerebral ou encefalopatia, como é exemplo o Síndrome Encefalopatia Posterior Reversível (PRES).

Descrição do Caso
Mulher 53 anos recorre ao Serviço Urgência por intoxicação medicamentosa voluntária (IMV) com 20 comprimidos de alprazolam 0,25mg (dose total 5 mg), associado a cefaleias frontotemporais intensas e resistentes a analgésico. Antecedentes pessoais hipertensão arterial e ansiedade, sem cumprimento da medicação. Objetivamente, doente confusa (Glasgow Coma Scale 14), hipertensa (TA 248/112 mmHg, em ambos os braços), normocárdica e sem sinais de dificuldade respiratória. Sem outras alterações ao exame físico ou no exame neurológico.
Iniciado labetalol e dinitrato de isossorbida em perfusão intravenosa. Realizada tomografia computorizada cranioencefálica que mostrou “marcada hipodensidade e expansão do tronco cerebral, com extensão aos pedúnculos cerebelosos e substância branca cerebelosa superior contígua”. Realizada ressonância magnética cranioencefálica com “marcadas alterações de sinal difusas a envolver a protuberância e ambos os pedúnculos cerebelosos e o bulbo medular. Existe envolvimento do mesencéfalo e tálamos, com extensão à substância branca supratentorial, região capsular externa e interna, temporal e às coroas radiárias. Achados sugestivos de PRES atípico (encefalopatia hipertensiva)”.
Doente internada nos cuidados intermédios para controlo tensional e posterior transferência para a enfermaria de Neurologia. Melhoria progressiva do estado confusional, tendo alta ao 14º dia de internamento sem alterações estado de consciência e normotensa.

Discussão
Descreve-se um caso inicialmente diagnosticado como IMV, sendo fator confundidor na abordagem e diagnóstico da condição apresentada pela doente.

P n.º 2319

Pneumocistose - Apresentação de um inesperado caso de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA)

Mariana Moreira Azevedo(1);Patrícia Clara(1);Joana Subtil(1);Sónia Carvalho(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo VIH (vírus de imunodeficiência humana) é caracterizada por declínio progressivo da contagem de CD4+, que se relaciona com a virémia, e que surge inicialmente de forma assintomática ou com linfadenopatias e sintomas inespecíficos. O estadio SIDA é definido por CD4+ <200 células/mm3 ou presença de uma condição definidora, como a pneumonia por pneumocystis jiroveci. Para se evitar o declínio rápido de CD4+ e progressão para SIDA, deve ser feito um diagnóstico e início de terapêutica precoces.
Caso clínico: Mulher, de 20 anos, sem antecedentes de relevo, sem consumo de drogas endovenosas, com relações sexuais desprotegidas com um único parceiro sexual, e com história de quadro de adenopatias, emagrecimento ponderal e bicitopenia há 3 anos. Recorreu à urgência por quadro de astenia, dispneia, tosse seca e picos febris, com 1 semana de evolução. À admissão, com insuficiência respiratória (pO2/FiO2 255). A TC torácica evidenciava extensas densificações pulmonares bilaterais dispersas em vidro despolido (envolvimento pulmonar de 50-75%). Apresentava positividade para anti-VIH 1. Foi internada para realização de oxigenoterapia de alto fluxo. Após identificação de pneumocystis jirovecii no lavado broncoalveolar, foi feito diagnóstico de pneumocistose e iniciado tratamento com corticoterapia e trimetoprim+sulfametoxazol, com melhoria clínica gradual. Foi identificada, assim, infeção por VIH em estadio SIDA (fase C3), com carga vírica de 6110000 cópias/mL e CD4+ de 102 células/mm3, tendo iniciado terapêutica anti-retroviral no internamento. A doente teve alta, com reinternamento, 1 mês depois, por leishmaniose visceral. Atualmente é seguida em consulta, tendo carga vírica ainda detetável mas CD4+ >500 células/m3.
Discussão: Uma doença oportunista pode ser a manifestação inaugural de uma infeção por VIH. Assim, é necessário existir um limiar baixo para a sua suspeita, sobretudo em jovens, mesmo sem aparentes fatores de risco. Dada a gravidade e importância do reconhecimento precoce, é essencial o seu rastreio na população.

P n.º 2320

Agenesia da veia cava inferior como causa de trombose venosa profunda

Carlos Grijó(1);Maria Inês Matos(1);Mariana Lopes Matos(1);Marta Patacho(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças raras

A trombose venosa profunda (TVP) é uma patologia frequente e o seu diagnóstico implica um estudo etiológico cuidado, principalmente na população jovem. A malformação, hipoplasia ou agenesia da VCI é uma malformação vascular rara, ocorrendo em 0.0005–1% da população, sendo a maioria dos casos assintomáticos. Homem de 28 anos, saudável. Apresentava quadro com 1 mês de evolução de lombalgia, sem irradiação, intensidade 6/10, que agravava com o esforço de intensidade moderada a alta, aliviava com repouso, sem outros sintomas associados e sem melhoria com analgesia. Evoluiu com edema bilateral dos MI, associado a dor, tendo recorrido ao SU. No SU apresentava TA 132/85mmHg, FC 80bpm, TT 36ºC, FR 18cpm. Fácies de dor. Edema bilateral dos membros inferiores até à raiz da coxa, com empastamento à palpação. Analiticamente com aumento de d-dímeros, tendo realizado ecodoppler dos membros inferiores, que mostrou trombose venosa das veias femorais com extensão às veias ilíacas externas bilateralmente. Realizou angioTC abdominal que evidenciou ausência congénita da veia cava inferior (VCI), que se encontrava substituída por circulação colateral e proeminência do sistema ázigos e hemiázigos, das veias renais e lombares. Foi hipocoagulado com varfarina. O estudo pró-trombótico (trombofilias e autoimunidade) foi negativo e o ecocardiograma transtorácico revelou drenagem de uma veia hepática para a aurícula direita. Assim, a etiologia da TVP foi anatómica (contexto de agenesia da VCI). A malformação, hipoplasia ou agenesia da VCI é uma causa rara de TVP bilateral e recorrente dos membros inferiores, em doentes jovens. Nestes doentes, continua a ser essencial excluir outras causas de TVP. Este caso ganha destaque pela sua raridade e pelo seu valor académico, ao relembrar a importância de exclusão de causas anatómicas, em casos de TVP bilateral e em doentes jovens.

P n.º 2325

Será um sopro? – Aortite infeciosa diagnosticada com um exame físico cuidadoso

Joana Aguiar(1);Andreia Vilas Boas(1);Rui Carneiro(1);António h. Carneiro(1)
(1) Hospital da Luz - Arrábida

Tema: Outro

A aortite infeciosa é uma condição rara com mortalidade estimada em 100% sem antibioterapia e intervenção cirúrgica. Embora qualquer microrganismo possa causar infeção da aorta, as bactérias gram-positivas, como as espécies Staphylococcus e Enterococcus e Streptococcus pneumoniae, são as mais comuns e responsáveis ??por 60% das infeções. As manifestações clínicas são, muitas vezes, inespecíficas, dependendo do local da infeção e da existência de aneurisma. Febre (75%) e dor torácica e dorsal (60%) são os sintomas mais frequentes.
Apresentamos o caso de um homem de 82 anos com hipertensão, SAOS grave e demência vascular cerebral. Foi internado por alteração do estado de consciência e quedas frequentes. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios com leucocitose 12220/uL, neutrofilia 81%, PCR 14,66 mg/dL. Durante o internamento, documentada febre e, ao exame físico, identificamos um sopro dorsal, sem sopro na auscultação cardíaca, sugerindo outra origem, nomeadamente aórtica. Realizou ecocardiograma transtorácico que não mostrou vegetações nem alterações valvulares relevantes e angioTAC que mostrou dilatação aneurismática da porção inicial da aorta abdominal que se estendia até à emergência das artérias renais, com densificação de gordura periaórtica, com extensa trombose transmural. Isolamento de Staphylococcus aureus resistente à meticilina nas hemoculturas. Os testes treponémicos foram negativos. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, incluindo a Cirurgia Vascular, e não foi considerado para cirurgia devido elevado risco cirúrgico. O paciente acabou por falecer por rutura do aneurisma na terceira semana de antibioterapia sistémica com vancomicina.
Este caso clínico foi particularmente desafiador dado que o diagnóstico foi totalmente guiado por dados de um exame físico estruturado e cuidadoso, relembrando o seu papel central na medicina e pelo facto de nos colocar perante uma das situações mais desafiadoras da prática clínica em que um diagnóstico impõe a aceitação dos limites da intervenção médica e gestão adequada das expectativas do paciente, da família e até do médico. Este relato é um alerta para este diagnóstico altamente letal que pode ter uma evolução diferente se suspeitado e tratado precocemente.

P n.º 2329

Da Covid-19 à Síndrome de Lance-Adams

Telma Martins(1);Margarida Monteiro(1);Marta Jonet(1);João Tiago Serra(1);Marta Machado(1);Catarina Negrão(1);Sofia Prada(1);Rita Sismeiro(1);Pedro Neves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Lance-Adams (SLA), caracterizada por mioclonias crónicas pós hipoxia, é uma complicação rara da reanimação cardiopulmonar bem-sucedida.
Relata-se o caso de uma mulher de 51 anos, autónoma, com história de hipotiroidismo e hipertensão arterial que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de dispneia de agravamento progressivo nos últimos dias, sem outra sintomatologia associada. À entrada no SU evoluiu em paragem cardiorrespiratória (PCR), recuperada após 2 ciclos de suporte avançado de vida. O eletrocardiograma pós paragem mostrou bloqueio de ramo esquerdo de novo; fez ecocardiograma que demonstrou ventrículo esquerdo não dilatado com função sistólica global diminuída (fração de ejeção estimada de 20-25%) e hipocinesia difusa. Troponina inicialmente de 23 ng/L que evoluiu para 70 ng/L. A radiografia de tórax demonstrou infiltrado intersticial bilateral e a pesquisa de SARS-CoV-2 foi positiva. Realizou angiotomografia computorizada de tórax que confirmou tromboembolismo pulmonar, assumido como causa da PCR, tendo iniciado anticoagulação.
Após correção da hipoxémia e extubação sem intercorrências, iniciou quadro de mioclonias severas de ambos os membros superiores, agravadas com movimentos de intenção, sem alteração do estado de consciência. O electroencefalograma não mostrou actividade paroxística. A ressonância magnética crânio-encefálica mostrou pequena lesão isquémica recente interessando o centro semioval direito, tendo sido assumida encefalopatia hipóxica com síndrome Lance-Adams. O início de terapêutica anticomicial em conjunto com programa de reabilitação motora intensiva resultou numa melhoria progressiva sintomática e funcional.
A síndrome de Lance-Adams é rara, pouco conhecida e por isso pouco considerada. Trata-se de uma síndrome com consequências funcionais graves se não for realizado diagnóstico e iniciado tratamento atempadamente.

P n.º 2337

Doença intersticial pulmonar isolada com positividade tripla anti-Ku, anti-PM/ScL75 e anti-PL-7.

João Casanova Pinto(1);Manuel g. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
A doença intersticial pulmonar está frequentemente associada a dermatomiosite (DM), polimiosite (PM) e esclerose sistémica (ES), condicionando elevada morbi-mortalidade. A manifestação pulmonar isolada é rara, podendo preceder em meses a anos sinais de doença do tecido conjuntivo/miopatia inflamatória.

Caso clínico:
Mulher de 75 anos, melanodérmica, com história de HTA, dislipidemia, FA e IC, enviada à consulta por anorexia, perda ponderal de 40 kg, dispneia para pequenos esforços e sudorese nocturna no último ano. Negou febre, artralgias, mialgias, adenopatias, tosse, hemoptises, hemorragia uterina, alterações do trânsito intestinal, toma de novos fármacos. O exame físico revelou caquexia, palidez mucosa, hipocratismo digital, crepitações dispersas bilaterais, força muscular mantida e simétrica e ausência de pápulas de Gottron, hiperqueratose digital e palmar, telangiectasias, eritema cutâneo ou fenómeno de Raynaud. A tomografia revelou múltiplas adenopatias mediastínicas, axilares e inguinais, bronquiectasias de tracção, espessamento do interstício pulmonar difuso, sugestivo de pneumonia intersticial não específica (NSIP) e ausência de lesões neoformativas. O ecocardiograma revelou PSAP 45 mmHg e excluiu derrame pericárdico. O estudo endoscópico gastro-intestinal foi normal. Laboratorialmente, Hb 10.7 g/dL, VGM 76 fL, RDW 15.1%, TSAT 24%, Folatos 20.4 ng/mL, Vit.B12 pg/mL 542, CK 25, AST 25, ALT 14, LDH 220, PCR 0.21 mg/dL, VS 55, TSH 2.59 mUI/L e T4 livre 1.23 ng/dL, ECA 44.5. O estudo medular excluiu neoplasia. A biópsia excisional de gânglio inguinal revelou folículos linfóides reactivos. O proteinograma sérico mostrou hipergamaglobulinemia oligoclonal. No estudo auto-imune identificou-se ANA 1:120, Anti-Ku (+++), Anti-PM/Scl75 (+) e Anti-PL-7 positivos (+). Estudo vírico foi negativo para VIH, EBV, CMV, HHV6, HCV, HBV. RPR não reactivo. O lavado bronco-alveolar excluiu infecção por micobactérias, mostrou razão CD4/CD8 0.37. A biópsia de gânglio mediastínico revelou células reactivas. A espirometria confirmou padrão funcional restritivo. A doente iniciou corticóide oral e continua em seguimento.

Discussão:
O caso é especial por demonstrar doença intersticial pulmonar isolada e exuberante com positividade tripla para anti-Ku, anti-PM/ScL75 e anti-PL-7.

P n.º 2341

Apresentação Atípica de uma Doença Rara

Sofia Lima(1);Rita Soares Costa(1);Ana Raquel Freitas(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O feocromocitoma é um raro tumor produtor de catecolaminas. Além da hipertensão arterial (HTA), presente em mais de 90% dos casos, manifestações clássicas incluem cefaleia, sudorese e taquicardia. O diagnóstico envolve a demonstração de altas concentrações dos produtos de catecolaminas no plasma e urina e o estudo imagiológico (tomografia computorizada (TC), ressonância magnética nuclear (RMN) e tomografia computadorizada por emissão de positrões (PET)). Caso Clínico: Homem, 64 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemia, em estudo há 2 anos por Cardiologia por palpitações, sem conclusão etiológica; sem HTA. Recorreu ao serviço de urgência por desconforto epigástrico, sudorese e palpitações com 12horas de evolução. À admissão, hipotenso (tensão arterial 99/67mmHg), frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto (bpm), com períodos autolimitados de taquicardia (110-120bpm); sem outros achados relevantes. Do estudo: electrocardiograma com taquicardia sinusal, elevação de D-dímeros; angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar e relevou nódulo de 6 cm na suprarrenal esquerda. Do estudo subsequente, a RMN confirmou lesão sólida na suprarrenal esquerda, heterogénea e com hemorragia central; PET relevou hipercaptação da lesão compatível com hiperexpressão de receptores da somatostatina. As metanefrinas e catecolaminas estavam significativamente elevadas: metanefrinas plasmáticas >1200pg/mL, metanefrinas totais urinárias 11116µg/24h, catecolaminas urinárias (adrenalina 353µg/24h, noradrenalina 129µg/24h). Estabelecido o diagnóstico de feocromocitoma, foi encaminhado para consulta de Endocrinologia e Cirurgia Geral. Discussão: O caso apresentado demonstra a necessidade de equacionar o diagnóstico de feocromocitoma em doentes com sintomatologia clássica, independentemente da presença de HTA. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico levam à cura definitiva na maioria dos casos.

P n.º 2343

Endocardite Infeciosa com Hemorragia Subaracnoideia – Uma complicação rara

Luís Augusto Cardoso(1);Elsa Gonçalves(1);Rita Sevivas(1);José Miguel Ferreira(1);Dany Cruz(1);Flávia Freitas(1);Gabriela Costeira Paulo(1);Flávia Fundora Ramos(1);Catarina Pinto Silva(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Endocardite Infeciosa (EI) é uma doença do endocárdio provocada por infeção bacteriana ou fúngica. A apresentação clínica da EI é muito variável. A suspeita de EI deve ser colocada na presença de febre, sopro cardíaco de novo, ptequias, nódulos Osler ou Lesões de Janeway. A ecocardiografia e as hemoculturas constituem os pilares do diagnóstico de EI.
Apresenta-se o caso de um homem de 85 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Hiperplasia Benigna da Próstata, enviado ao serviço de urgência por quadro de astenia com 2 semanas de evolução. À admissão apresentava febre (38.4ºC), sopro mitral grau III/IV, lesões de Janeway na planta das mãos e pés. Realizado ecocardiograma transtorácico que revelou vegetação na válvula mitral de 20x7 mm. Iniciou empiricamente vancomicina e gentamicina. Nas hemoculturas isolou-se Staphylococcus aureus meticilino sensível, pelo que alterou antibioterapia para flucloxacilina. No 4º dia de internamento, o doente apresentou agravamento súbito do estado de consciência. Realizado Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica que mostrou lesões hemorrágicas sulcais parietais posteriores bilateralmente. Dada a complicação hemorrágica, a hipótese de cirurgia cardíaca foi rejeitada dado o elevado risco para o doente.
Em conclusão, as complicações da endocardite são múltiplas, sendo que o risco de embolização é um dos principais e mais temível. A embolizaçao cerebral com hemorragia subaracnoideia é uma complicação rara, que limita o tratamento cirúrgico e consequentemente piora o prognóstico da EI

P n.º 2346

Síndrome de Wernicke – um diagnóstico desafiante

Luís Afonso Rocha(1);Leonor Silva(1);Tiago Costa(1);Renata Monteiro(1);Margarida Correia(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A Encefalopatia de Wernicke (EW) é um distúrbio cerebral agudo que resulta da deficiência de tiamina. O alcoolismo é a condição subjacente mais comum. Distúrbios gástricos, como má absorção e ingestão alimentar inadequada podem ser responsáveis. Clinicamente, caracteriza-se por um estado confusional, oftalmoparésia e ataxia, presentes em um terço dos doentes. Pode evoluir para uma fase crónica: Síndrome de Korsakoff (SK), com amnésia anterógrada e confabulação.
CASO CLÍNICO: Mulher de 58 anos com antecedentes de hipertensão e hipotiroidismo, deu entrada no serviço de urgência por alteração do estado de consciência com suspeita de intoxicação medicamentosa. Foi internada na Unidade Médica intermédia. Analiticamente: aumento dos parâmetros inflamatórios, mioglobina 7960 ng/dl; Creatinacinase 4475 U/L e Creatinina 2,25 mg/dL; pesquisa de etanol negativa e drogas de abuso apenas positiva para benzodiazepinas. Endoscopia digestiva alta excluiu obstrução e revelou esofagite de refluxo. TC-CE sem alterações agudas. Punção lombar que não revelou sinais de infeção. Prova terapêutica com anti-epiléticos sem resposta. Nos primeiros dias de internamento manteve oscilação do estado de consciência, pelo que realizou eletroencefalograma: encefalopatia difusa, sem atividade epileptiforme. A RM-CE revelou alterações sugestivas de EW, iniciando tiamina em altas doses. Melhoria do estado de consciência, mas manteve náuseas e vómitos a condicionar desequilíbrios hidroeletrolíticos com necessidade de nutrição parentérica. Por gastroparésia, houve necessidade de colocação de gastrostomia percutânea.
DISCUSSÃO: O diagnóstico de SW depende de uma anamnese exaustiva em combinação com exames de neuroimagem. A RM-CE pode revelar lesões na porção medial do tálamo e mesencéfalo, dilatação do terceiro ventrículo e atrofia dos corpos mamilares. A absorção de tiamina está prejudicada pelo défice nutricional e pelo alcoolismo, podendo ser agravada por doença hepática subjacente. O magnésio é um cofator necessário no metabolismo dependente de tiamina, devendo ser corrigido. A SW prevalece em doentes alcoólicos e apenas 16% dos doentes apresentam os sintomas de fase aguda. A SW é muitas vezes subdiagnosticada, principalmente em doentes sem história de etilismo e a taxa de mortalidade alcança os 20%.

P n.º 2352
Pericardite por atípicos

Filipa Figueiredo(1);Marta Arriaga Rocha(1);Catarina Figueiredo Roquete(1);Sara Furtado(1);Teresa Valido(1);Carolina Chumbo(1);Martim Bastos(1);Carolina Monteiro(1);Sara Vilas-Boas(1)
(1) Hospital Dr. Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As micobactérias atípicas têm um papel patogénico de importância crescente em doentes imunodeprimidos, idosos ou com outras doenças crónicas. Com manifestações clínicas vastas e inespecíficas constituem um desafio para o clínico. Descrevemos uma forma de apresentação incomum desta entidade.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 85 anos, internada com quadro de tosse, febre, dessaturação e taquicardia, associado a xerostomia, xeroftalmia, perda ponderal e sudorese nocturna, bem como dor à palpação do flanco e Murphy renal à direita. Analiticamente com anemia macrocítica, aumento de parâmetros inflamatórios, e piúria. Iniciou antibioterapia, assumindo-se pielonefrite, mas urocultura e hemoculturas negativas. Por manutenção de febre realizou: ecocardiograma não sugestivo de endocardite; TC abdominal e torácica com polisserosite (derrame pericárdico e pleural) e adenomegálias mediastínicas; Toracocentese revelando exsudado de predomínio linfocítico, com exame cultural e pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes negativos; ecografia endobrônquica sem bacilos ácido-álcool resistentes em gânglio infracarinal. Realizou PET com captação pericárdica e ganglionar motivando biópsia excisional com linfadenite granulomatosa necrotizante com células gigantes multinucleadas e bacilos ácido-álcool resistentes compatíveis com Mycobacterium spp. Assumida tuberculose ganglionar e pericardite. Posteriormente, por isolamento de Mycobacterium não tuberculosis, admitida micobacteriose atípica e foi ajustado esquema terapêutico para rifabutina, etambutol, levofloxacina, claritromicina e corticoterapia com melhoria clínica.
Discussão: A apresentação pouco comum com polisserosite e pericardite e assunção inicial incorreta de tuberculose reforça a necessidade de suspeição clínica de micobacterioses atípicas, para um diagnóstico correto e atempado, adopção de regime terapêutico adequado e consequente melhoria de prognóstico.

P n.º 2355

Eventração diafragmática - uma causa rara de dispneia

Maria João Cadório(1);Helena Spilker(1);Rogério Ferreira(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A eventração diafragmática caracteriza-se pela diminuição da função diafragmática em consequência da substituição do tecido muscular por fibroelástico. Pode ser congénita ou adquirida, a maioria das quais secundária a dano do nervo frénico, resultando em atrofia muscular. Apesar de predominantemente assintomática, pode cursar com sintomas respiratórios ou gastrointestinais.
Caso Clínico: Mulher, 81 anos, institucionalizada e parcialmente dependente, com antecedentes de Doença de Parkinson. Iniciou quadro de dispneia de agravamento progressivo e obstipação com 4 dias de evolução. O abdómen encontrava-se distendido e timpanizado, porém indolor à palpação. A gasimetria arterial objetivou insuficiência respiratória (IR) hipoxémica, com necessidade de oxigenoterapia. Analiticamente sem alterações, incluindo parâmetros inflamatórios, NT-ProBNP, função renal e ionograma. A radiografia abdominal e torácica revelaram megacólon e marcada elevação da hemicúpula diafragmática esquerda. Por ausência de resposta à terapêutica conservadora, realizou colonoscopia descompressiva. Após 5 episódios de urgência motivados por quadros semelhantes no espaço de 1 mês, e encontrando-se já medicada com terapêutica laxante otimizada e OLD 1L/min, optou-se por internamento, durante o qual se verificou agravamento da IR. Realizou TC de tórax que identificou eventração diafragmática esquerda, hérnia do hiato esofágico, derrame pleural esquerdo e colapso do respetivo lobo inferior. Foi assumida dispneia em contexto de eventração diafragmática e pedida observação por Cirurgia Geral e Cirurgia Torácica, que sugeriram intervenção cirúrgica. Após discussão com a família, e dado status funcional e comorbilidades da doente, foi por esta decidido tratamento conservador.
Conclusão: A eventração diafragmática constitui uma causa incomum de dispneia, cujo tratamento pode incluir intervenção cirúrgica, contudo idade, status funcional e comorbilidades devem ser considerados na decisão terapêutica.

P n.º 2357

Aspergilose pulmonar crónica cavitada em doente com pneumonia adquirida na comunidade

João Casanova Pinto(1);Manuel g. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A aspergilose crónica é uma doença rara, causada pela inalação de esporos do fungo Aspergillus, que se caracteriza pela indolente destruição do parênquima pulmonar. Afecta doentes imunosuprimidos ou imunocompetentes com doenças respiratórias subjacentes.

Caso clínico:
Mulher de 62 anos, com história de doença pulmonar restritiva por cifoescoliose grave, tuberculose pulmonar aos 44 anos, bronquiectasias, infecções respiratórias de repetição, admitida por dispneia, tosse com expectoração purulenta desde há 1 semana. Nos 3 meses anteriores com perda ponderal de 8 kg e astenia. À observação com caquexia e IR tipo 2 crónica sob OLD a 1 L/min. Do estudo complementar, apresentava PCR de 19 mg/dL e teste RT-PCR de SARS-CoV-2 negativo. A TC torácica demonstrou bronquiectasias, enfisema pulmonar centrilobular, consolidações atelectásicas em ambos os campos pulmonares e cavitações no lobo inferior do pulmão direito e no lobo superior do pulmão esquerdo com 5 cm de maior eixo, preenchidas por conteúdo polilobulado, com níveis hidro-aéreos e compatíveis com micetomas. O doseamento sérico de antigénio galactomanano foi negativo, mas detectou-se IgG Aspergillus fumigatus > 100 mg/L. Procedeu-se a lavado broncoalveolar que revelou Enterobacter aerogenes, pesquisa de antigénio galactomanano 5.1 UA (N < 0.5). Pela clínica com 3 meses de evolução e pelos achados imagiológicos, para além da pneumonia bacteriana foi assumido o diagnóstico de aspergilose pulmonar crónica cavitada. A doente cumpriu 28 dias de piperacilina/tazobactam e de voriconazol. Durante o internamento apresentou hemoptises não massivas e persistência do tamanho das cavitações. Por melhoria clínica e resolução da pneumonia, teve alta sob voriconazol e foi referenciada à cirurgia torácica.

Discussão:
O diagnóstico de aspergilose crónica cavitada requer a presença de pelo menos 1 sintoma típico durante pelo menos 3 meses (febre, tosse produtiva, perda ponderal, fadiga, hemoptises), uma ou mais cavidades pulmonares com ou sem aspergilloma e IgG de Aspergillus positivo com ou sem isolamento cultural de Aspergillus spp. A doente reunia todos os critérios de diagnóstico. Em adição, tinha patologia estrutural pulmonar basal que aumentou o risco para a doença. A história clínica e a tomografia foram cruciais na procura de diagnóstico alternativo.

P n.º 2360

Dermatomiosite: mais uma consequência da pandemia?

Núria Condé Pinto(1);Cecília Vilas-Boas Soares(1);Ana Pessoa(1);Helga Martins(1);Leandro Marques(2);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão
(2) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Mialgias e fraqueza muscular frequentemente motivam observação médica. Com um vasto número de diagnósticos diferenciais, tanto benignos como potencialmente graves e complexos, podem constituir verdadeiros desafios diagnósticos.
Caso: Homem de 73 anos, ex-operário, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e adenocarcinoma da próstata submetido a rádio e hormonoterapia, sem evidência de doença ativa. Ex-fumador de 5 UMA e cuidador de pombos. Desenvolveu mialgias com origem no braço esquerdo e posterior extensão ao braço direito e coxas. Toma da vacina Anti-SARS-CoV2 no braço esquerdo quatro dias antes. Agravamento clínico com fraqueza progressiva muscular proximal, com limitação na elevação dos membros superiores, levante e marcha. Após uma semana suspendeu estatina, sem melhoria. Ao exame objetivo, incapacidade de abdução dos ombros e flexão das ancas, edema dos braços e coxas. Analiticamente a destacar: Leucocitose com neutrofilia e trombocitose, PCR 9,35 mg/dl, elevação das enzimas de citólise (TGO 960 U/L, TGP 485U/L, Mioglobina 5588 ng/mL, CK 2440 U/L). Função renal e urina sem alterações. Foi internado cumprindo fluidoterapia e diurético por rabdomiólise e iniciou prednisolona após biópsia muscular. Do estudo destaca-se: aldolase 19,8 UL; A.N.A. 1:320. Ressonância muscular com alterações inflamatórias severas. Biópsia muscular sem alterações de clara natureza inflamatória. Eletromiografia sugestiva de miopatia aguda, neurografia normal. TC toracoabdominopélvica sem alterações de relevo, TC torácica de alta resolução com lesões sugestivas de enfisema. Manteve melhoria clínica e analítica, possibilitando posterior desmame de corticoterapia. Ao fim de alguns meses de follow-up, novo agravamento, com disfagia e lesões cutâneas eritematosas no pescoço, mãos, flexuras dos braços, axilas e superfície extensora articulares dos dedos . Realizado novo estudo com endoscopia excluindo neoplasia. PET com hipercaptação pulmonar em área de vidro despolido. Biópsia cutânea compatível com dermatomiosite. O caso sugere uma miosite com posterior evolução para dermatomiosite, cuja etiologia permanece em estudo. A relação temporal entre a vacina anti-SARS-CoV2 e a sintomatologia levanta a possibilidade da mesma como trigger da doença, havendo já alguns casos reportados na literatura.

P n.º 2364

Endocardite aguda com embolização séptica de localização rara

Ivo Castro(1);Maria Margarida Pereira(1);João Cruz Cardoso(1);Viktor Baiherych(1);Maxim Jitari(1);Adelaide Figueiredo(1);Cristina Esteves(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infecciosa (EI) é frequente no internamento de Medicina Interna; as suas manifestações iniciais são inespecíficas e a sua evolução é lenta, pelo que necessita de elevado grau de suspeição. Predomina na população idosa, que tem múltiplas comorbilidades e requer o isolamento do agente etiológico para instituição de antibioterapia dirigida de modo a minimizar efeitos iatrogénicos.
Passamos a apresentar o caso de um homem de 78 anos, pastor de ovelhas, sem antecedentes relevantes nem medicação habitual. Foi internado por quadro constitucional de anorexia e perda ponderal 8 kg com 5 semanas de evolução. Nos últimos 10 dias, associava febre e dor intensa na coxa esquerda, algo que agravava a sua mobilização. No EO, é de salientar sopro diastólico de grau II no foco mitra, assim como dor e empastamento na face anterior da coxa esquerda.
À admissão, teria Hb 13,0 g/dL Leucócitos 16,8 x 10 E9L Neutrófilos 83,8% Plaquetas 594 x10E9/L PCR 34,39 mg/dL
Fez rastreio séptico com hemoculturas, uroculturas e o rastreio de zoonoses vieram negativos, tendo iniciado empiricamente antibioterapia com Piperacilina/tazobactam.
Ao dia 5 de internamento realizou ecocardiograma, revelando endocardite de válvula mitral com vegetação de grandes dimensões e com regurgitação grave. No mesmo dia, realizou ecodoppler dos membros inferiores (MI), que evidenciou oclusão por trombo da artéria femoral superficial. Neste momento, foi alterada antibioterapia para Gentamicina+Vancomicina.
Dado o doente manter dor muscular e empastamento na coxa esquerda e o rastreio séptico ser negativo, realizou Ecografia Partes Moles MIE que relatou “importante edema do músculo quadricipital da coxa à esquerda, sem evidência de colecções líquidas ou massas sólidas."
Realizou punção aspirativa de quadríceps esquerdo, em que foi isolado um Enterococcus faecalis multissensível. Este isolamento permitiu o ajuste de antibioterapia.
Tratou-se assim de uma EI na válvula mitral nativa a E. faecalis com insuficiência mitril aguda grave e embolização séptica. O doente foi submetido a substituição valvular e posteriormente realizou colonoscopia com evidência polipos intestinais e divertículos - estes sendo a porta de entrada do agente isolado. A embolização séptica da coxa ficou resolvida após antibioterapia de longa duração para EI.

P n.º 2367

Uma apresentação rara de Leucemia Mieloide Crónica

Miguel Lázaro Mendes(1);Conceição Constanço(2);Alexandra Pereira(2);Helena Matos Silva(2)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A Leucemia Mieloide Crónica (LMC) tem uma incidência de cerca de 1 a 2 casos por 100.000, com ligeira predominância no sexo masculino e é responsável por 15% a 20% das leucemias nos adultos. A idade mediana do diagnóstico é por volta dos 50 anos e 20% a 50% dos pacientes encontram-se assintomáticos nessa data. À apresentação são comuns: fadiga, hemorragia, perda ponderal, hipersudorese, enfartamento abdominal e mal-estar. No entanto, existem outros possíveis sintomas que importa considerar.

Caso clínico
Homem de 41 anos recorre ao SU com queixas de hipersudorese e temperaturas subfebris com cerca de 2 semanas de evolução, associadas a cefaleias, mialgias e astenia nos últimos 4 dias. O hemograma mostrou leucocitose com desvio à esquerda e blastémia, alterações sugestivas de LMC, confirmada posteriormente pela presença de transcritos BCR-ABL. Após internamento, teve alta para o domicílio medicado com dasatinib (por se tratar de um doente de alto risco).
Cerca de um mês após a alta, recorre ao SU com queixas de hipoacusia à direita, tendo sido diagnosticada surdez neurossensorial. Fez TAC-CE que não mostrou alterações. Uma vez que a hipoacusia é um efeito adverso (embora pouco frequente) do dasatinib, este foi substituído pelo bosutinib.
Nas semanas seguintes houve um agravamento clínico, nomeadamente do ponto de vista neurológico, com agravamento da hipoacusia à direita, hipoacusia de novo à esquerda, paralisia facial, cefaleias, vómitos e sinais meníngeos. Por suspeita de infiltração do Sistema Nervoso Central pela LMC foi então realizada Punção Lombar que mostrou um aumento da pressão do Líquido Cefalo-Raquidiano e infiltração leptomeningea por linfoblastos B.
Iniciou dexametasona 4mg tid e quimioterapia dirigida à crise blástica da LMC, com melhoria significativa dos sintomas, atribuída à medicação e à diminuição da pressão intracraniana.

Discussão
A surdez neuro sensorial é uma manifestação clinica rara mas conhecida da LMC à qual devemos estar atentos.

P n.º 2368

Encefalopatia, um responsável incomum

Maria João Vilela(1);Carolina Maia Nogueira(1);Alexandre Carvalho(1);Catarina Araújo(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é a segunda neoplasia hematológica mais comum, mas as manifestações neurológicas são pouco frequentes. Uma delas é a encefalopatia que, embora rara, deve ser ativamente despistada quando estamos na presença de alteração do estado de consciência no indivíduo com MM.

Caso clínico: Sexo masculino, 58 anos. Com antecedentes de Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral em 2018, sob anticoagulante oral, Hipertensão arterial (HTA) medicada e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) sob APAP no domicílio. Internado para estudo de derrame pleural à esquerda de novo associado a Insuficiência respiratória (IR) hipoxémica, adenopatias e lesões ósseas líticas.
Durante o internamento, o estudo realizado permitiu o diagnóstico de MM, confirmado por biópsia óssea, biópsia de massas pleurais e elevação de B2, com critérios CRAB (hipercalcemia, lesão renal aguda, anemia e lesões ósseas líticas).
Ao 19º dia de internamento, iniciou quadro de agitação, confusão e desorientação e alucinações visuais, e associadamente mioclonias. O estudo imagiológico dirigido com TAC e RMN não evidenciou lesões ocupantes de espaço ou vasculares agudas. Realizada punção lombar, sem LCR inflamatório e o electroencefalograma revelou encefalopatia ligeira.
No decorrer do internamento com intercorrência por Sars-Cov2 com sobreinfeções bacterianas e necessidade de vários esquemas de antibioterapia.
Resolução completa das infecções respiratórias, mas manutenção do estado confusional agudo.
Ao 22º dia de internamento iniciou tratamento dirigido ao MM com CYBORDEXA. Apresentou resolução do quadro neurológico ao 29º dia.

Discussão: A encefalopatia pode estar associada a diversos fatores como infecções, hipercalcemia, outras alterações metabólicas. Neste caso em particular, todas estas condições foram resolvidas sem melhoria do quadro neurológico inserindo o doente num grupo raro de doentes com MM com disfunção neurológica associada.

P n.º 2374

Sépsis por patogénico animal "exclusivo?"

David Mata Martins(1);Inês Marques Ferreira(1);Ana Luísa Marçal(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os Streptococcus dysgalacteae viram a sua classificação cingida a dois grupos: Streptococcus dysgalacteae spp equisimilis (SDSE), considerado um patogénico humano do trato gastrointestinal, genital e de celulites, microbiologicamente semelhante ao Streptococcus pyogenes; e Streptococcus dysgalacteae spp dysgalacteae (SDSD), considerado patogénico exclusivo animal. Existem raros artigos a referir bacteriemia por SDSD, o último publicado em 2018 a referir apenas 4 casos clínicos até à data.
Caso Clínico: Mulher de 85 anos com elevado grau de dependência por doença cardíaca terminal (cardiopatia isquémica e valvular – insuficiência aórtica grave – com insuficiência cardíaca (IC)) e fragilidade global, sem contexto epidemiológico suspeito para zoonoses. Trazida ao SU por prurido no membro inferior direito (MID) com 1 mês de evolução e aparecimento na última semana de flictena local com sinais inflamatórios, edema assimétrico, dispneia e pico febril isolado. Assumida sépsis de ponto de partida em celulite do MID a condicionar descompensação de IC e insuficiência respiratória tipo 2, bem como disfunção renal com lesão renal aguda (LRA) em doença renal crónica, tendo iniciado tratamento com amoxicilina/ácido clavulânico. Isolamento de SDSD em hemoculturas ao segundo dia de internamento que motivou troca para ceftriaxone. Estudos ecocardiográficos sem evidência de vegetação com melhoria de sinais locais e sistémicos de infeção, parâmetros inflamatórios e negativização de hemoculturas tendo cumprido 14 dias de antibioterapia, sem necessidade de cuidados especiais da ferida além dos cuidados de penso.
Discussão: Por vezes deparamo-nos com infeções por agentes incomuns em que o padrão natural de doença não está descrito e se infere a partir de outros agentes similares. Relembrar nesses casos de descartar sempre manifestações mais graves de infeção e iniciar tratamento com celeridade.

P n.º 2375

Hipersensibilidade a fenobarbital: a propósito de um caso clínico

Pedro Miguel Teixeira(1);Ana Paiva Santos(1);Pedro Lopes(1);Maria José Moreira(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Outro

INTRODUÇÃO: O síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) corresponde a uma reação de hipersensibilidade a fármacos rara e potencialmente fatal e é caracterizado por exantema maculopapular, febre, leucocitose, eosinofilia e envolvimento multissistémico. Está normalmente associado a anticonvulsivantes aromáticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital), sulfonamidas e alopurinol.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se um homem de 68 anos com antecedentes de dislipidemia e carcinoma da próstata sob braquiterapia. Recorre ao Serviço de Urgência por aparecimento de rash maculopapular pruriginoso, a nível da face, tronco e membros, 2 semanas após a introdução de fenobarbital por tremor essencial. Ao exame objetivo também a destacar febre 38.9ºC e a presença de enantema palatino.
Analiticamente, apresentava discreta leucocitose, eosinofilia, esfregaço com linfócitos atípicos, creatinina de 1.72mg/dL e elevação das transaminases (AST 61U/L e ALT 93U/L). Realizou estudo ecográfico abdominal que não mostrou qualquer alteração. As serologias para HIV, HBV, HCV e CMV foram negativas.
Dado o nexo temporal em conjunto com os achados clínicos e laboratoriais, foi assumido Síndrome de DRESS (Critérios RegiSCAR 6 pontos) e foi internado. Iniciou prednisolona 60mg (1mg/kg/dia), anti-histamínico e betametasona tópica, evidenciando melhoria sintomática e normalização dos valores analíticos em 1 semana. Dois meses após, em consulta de reavaliação, apresentava resolução completa do rash.

DISCUSSÃO: Este caso pretende ilustrar a importância do reconhecimento precoce deste síndrome dada a necessidade premente de suspender o fármaco envolvido e iniciar terapêutica imunossupressora perante sinais de gravidade. O conhecimento dos fármacos mais comummente associados é também essencial. Pelo risco de reação cruzada, devem também ser evitados outros fármacos do mesmo grupo terapêutico.

P n.º 2376
Quando o pigtail traz más notícias…
Maria João Vilela(1);Carolina Maia Nogueira(1);Alexandre Carvalho(1);Catarina Araújo(1);Isabel Apolinário(1);Rita Matos(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Outro

Introdução: A medicina interna é uma especialidade abrangente e por vezes o mesmo doente internado pode ter intercorrências complexas que implicam competências e conhecimentos em áreas vastas de fronteira e até outras especialidades.

Caso clínico: Sexo feminino, 74 anos. Antecedentes pessoais de miocardiopatia dilatada, Pacemaker, Fibrilhação Auricular hipocoagulada com anticoagulante oral (NOAC). Internada por pneumonia por SARS-Cov 2. Profilaticamente iniciou enoxaparina. Desenvolveu choque hipovolémico, com estudo imagiológico a evidenciar hemorragia ativa pelo ramo ilíaco da artéria iliolombar esquerda e artéria epigástrica inferior a condicionar hematoma no músculo ilíaco, bainha dos retos da parede abdominal anterior esquerda e região pélvica provocando desvio do cólon sigmóide, útero e bexiga. Após internamento em Cuidados Intensivos, foi transferida para a enfermaria de Medicina Interna onde se verificou instalação de síndrome febril e SIRS analítico.
Repetiu estudo imagiológico revelando manutenção dos hematomas com componentes de fluído e bolhas de gás, interrogando a presença de sobreinfeção dos hematomas pelo que realizou drenagem do conteúdo com introdução de dreno tipo pigtail, que ficou 20 dias em drenagem externa. Realizou também antibioterapia prolongada.
Iniciou posteriormente quadro de hematúria recorrente em doente algaliada. Realizou cistoscopia que demonstrou lesão polipoide de 2cm, interpretado como traumatismo de algaliação e citologia urinária suspeita para carcinoma urotelial mas com alta probabilidade de se tratar de um resultado falso positivo por ter realizado recentemente exame com contraste. Após desalgaliação constatou-se drenagem suspeita pelo dreno retroperitoneal com níveis de creatinina. Apesar da TAC não evidenciar trajectos fistulosos, foi submetida a cistografia com apoio de TC que confirmou trajeto fistuloso através de “passagem de contraste para uma coleção situada à esquerda, retroperitoneal”.

Discussão: Este caso de complicação de hipocoagulação com hematoma não teve um curso linear e o diagnóstico implicou um estudo aprofundado e holístico do doente, sendo por isso um exemplo daquilo que deve reger o método e trabalho de um internista, demonstrando a capacidade de diagnóstico multidisciplinar.

P n.º 2377

Hepatite E - um diagnóstico esquecido?

Nereida Fernandes Monteiro(1);Elsa Araújo(1);Inês Araújo Ferreira(1);Rafael Lopes Freitas(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE/ Hospital Conde de Bertiandos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo vírus da Hepatite E (VHE) constitui a principal causa de Hepatite Viral Aguda a nível mundial. Apesar da sua prevalência ser maior em países em desenvolvimento, apresenta uma distribuição mundial. Em Portugal, a transmissão é maioritariamente zoonótica estando sobretudo associada ao consumo de carne contaminada.

Caso clínico: Uma mulher de 64 anos, pecuarista sem história pessoal de doença hepática nem de alcoolismo, foi admitida com anorexia, astenia, mialgias e epigastralgias com duas semanas de evolução. Não apresentava viagens recentes para o estrangeiro nem contacto com pessoas provenientes de países em desenvolvimento. Sem alteração recente na sua dieta nem na sua medicação habitual. Para o consumo, usava água do poço, não analisada periodicamente. Analiticamente com citocolestase (LDH 345, FA 528, GGT 1062, AST 782, ALT 2235), sem falência hepática nem sinais sugestivos de etiologia isquémica. Realizada o estudo etiológico de Hepatite Aguda que mostrou IgM e IgG do VHE positivos. A ecografia abdominal não apresentava alterações de relevo. Obteve-se, assim, o diagnóstico de Hepatite E aguda. Manteve-se o tratamento de suporte, com melhoria progressiva até à resolução da sintomatologia e normalização do perfil hepático em reavaliação em Consulta Externa.

Discussão: A pesquisa de VHE deve ser incluída na abordagem diagnóstica inicial de todos os doentes com suspeita de hepatite viral aguda, independentemente do contexto epidemiológico. Deve-se apostar em estratégias de vigilância dos casos identificados de modo a se caracterizar melhor os genótipos envolvidos, reconhecer a real dimensão do problema e identificar possíveis fatores de risco modificáveis.

P n.º 2380
Uma febre quase fatal
Marta Custódio Roldão(1);Andreia Machado(1);Margarida Lagarto(1);Francisca Damasio(1);Catarina Gama(1);Susana Jesus(1);Candida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A febre escaro-nodular (FEN) é uma zoonose provocada pela bactéria Rickettsia conorii, sendo o principal vetor o ixodídeo Rhipicephalus sanguineus, carraça do cão. É uma doença endémica em Portugal, ocorre sobretudo nos meses quentes e predomina em zonas rurais. Classicamente caracteriza-se pela tríade febre, escara de inoculação e exantema maculopaular.
CASO CLÍNICO: Homem, 40 anos, residente em Lisboa e sem contacto com animais, com antecedentes de diverticulite e hábitos tabágicos. Recorreu múltiplas vezes ao Serviço de Urgência (SU) por febre arrastada, astenia, mialgias e artralgias, tendo alta sob antipiréticos. Regressa ao SU por manutenção do quadro e aparecimento de exantema. Quando questionado referiu estadia recente em zona rural e realização de atividades ao ar livre. À admissão apresentava-se febril, com hipotensão arterial (75/42mmHg) e taquicardia (115bpm), exantema petequial difuso não pruriginoso. Analiticamente com trombocitopenia (plaquetas 85.000x109/L), subida de parâmetros inflamatórios (neutrofilia relativa 91%, aumento da proteína C reativa 30,5mg/dL) e padrão de citocolestase (AST e ALT 137U/L, fosfatase alcalina 149 U/L e GGT 158 U/L). Radiografia de tórax sem alterações, análise sumária de urina normal e pesquisa de SARS-COV2 negativa. Foi assumido o diagnóstico de sépsis e iniciada fluidoterapia e antibioterapia empírica com doxiciclina pela elevada suspeita clínica de zoonose. Evoluiu com melhoria do perfil tensional e foi internado tendo em conta a disfunção de órgão (hematológica, cardiovascular e hepática). Estudo de auto-imunidade, pesquisa de Treponema pallidum, serologia HIV, hepatites virais, Coxiella, Borrelia e Leptospira negativas. A serologia Ricketsia foi positiva, confirmando o diagnóstico de FEN. Foi posteriormente observada num tornozelo uma lesão ulcerosa coberta por escara negra e rodeada por um halo eritematoso (“tache-noir”). Cumpriu 7 dias de doxiciclina com melhoria clínica e laboratorial.
DISCUSSÃO: A FEN é uma doença cujo diagnóstico é essencialmente clínico, tendo por base a complementaridade entre epidemiologia e clínica. É geralmente benigna, contudo, quando existe atraso no diagnóstico pode evoluir com mortalidade significativa, até 35%, pelo que chamamos a atenção para a importância da suspeita diagnóstica.

P n.º 2381

Diclofenac como causa de falência hepática aguda.

Daniela Barroso(1);Filipa Abelha Pereira(1);Fabienne Gonçalves(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

O diclofenac é um anti-inflamatório e analgésico não esteroide potente e amplamente utilizado, é excretado na urina e pela via biliar e os seus efeitos hepáticos são muito raros. A hepatotoxicidade associada ao diclofenac varia entre elevação assintomática das transaminases a uma falência hepática aguda, que ocorre em <1% dos casos.
Homem de 86 anos, com défice cognitivo ligeiro e dependência parcial prévia para as atividades de vida diárias por hemiparesia esquerda sequelar a doença cerebrovascular. Cerca de 1 mês antes da admissão hospitalar apresentou quadro de queda com fratura do corpo vertebral de L4, tendo iniciado terapia analgésica regular com diclofenac. Foi trazido ao serviço de urgência por quadro de icterícia com alguns dias de evolução. À admissão verificada lesão hepática aguda severa, com padrão hepatocelular. Face a aspetos de densificação da gordura peripancreática, foi inicialmente internado por suspeita de obstrução da via biliar. Estas alterações não foram confirmadas por ecoendoscopia e CPRE. Durante o internamento manteve estado confusional persistente e coagulopatia (INR 1.4-1.65). Estudo analítico complementar revelou ANAs 1:1280, mas sem elevação da IgG e sem anticorpos anti actina F ou outros específicos de hepatite imune. Estudo virológico e metabólico negativo. Acabou por realizar biopsia hepática que mostrou achados compatíveis com hepatite tóxica a diclofenac e ausência de sinais de hepatite imune. Apesar do tratamento de suporte manteve disfunção hepatocelular persistente (bilirrubinemia > 20mg/dl, encefalopatia, coagulopatia e ascite com GSAA aumentado).
O acabou por falecer em contexto de pneumonia nosocomial e evidencia de irreversibilidade da falência hepática, tendo sido decidido tratamento sintomático exclusivo.
A lesão hepática induzida pelo diclofenac é considerado o paradigma da reação hepatotóxica idiossincrática e embora rara e presumivelmente de baixo risco, tornou-se uma importante causa de lesão hepática devido ao seu uso generalizado. È a combinação de vários fatores relacionados com o metabolismo do fármaco, formação e depuração dos seus metabólitos e a resposta do hospedeiro que determinem o desenvolvimento e a gravidade da lesão hepática no indivíduo.

P n.º 2386

Vasculite leucocitoclástica no idoso: uma etiologia rara

Inês Matos Ferreira(1);Sérgio Cabaço(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Bernardino(1);Rita Monteiro(1);Diogo Dias Ramos(1);Amanda Hirschfeld(1);Cláudia Maciel Perez(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A vasculite leucocitoclástica é uma forma de vasculite de pequenos vasos, que pode afectar a pele e os órgãos internos, sendo mais frequente a manifestação cutânea isolada. A púrpura palpável é a principal apresentação clínica, no entanto o diagnóstico é histopatológico. A etiologia pode ser farmacológica, infecciosa, neoplásica ou autoimune. Na literatura, são poucos os casos descritos de vasculite leucocitoclástica secundária ao ácido acetilsalicílico, sendo que o diagnóstico é feito após exclusão de outras causas e depende da relação temporal entre a toma do fármaco e a duração dos sintomas. Apresenta-se o caso de um homem de 93 anos que recorre ao serviço de urgência por lesões eritematosas nos membros inferiores, com progressão cefálica e posterior coalescência, duas semanas após início da toma de ácido acetilsalicílico. À observação no Serviço de Urgência apresentava lesões purpúricas palpáveis dispersas, com maior exuberância nos membros inferiores. Analiticamente destacava-se uma PCR de 65.8 mg/L e DDímero de 2536 µg/L. A angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar, e foi internado para investigação. No internamento, foi realizado estudo para a exclusão de patologia autoimune, infecciosa e neoplásica. Foi confirmada a suspeita inicial de trombose venosa da veia safena interna do membro inferior direito, tendo iniciado rivaroxabano. A biópsia de uma das lesões cutâneas relatou infiltrado inflamatório perivascular e infiltração da parede vascular com oclusão do lúmen e extravasão eritrocitária, compatíveis com vasculite leucocitoclástica. Iniciou prednisolona com resolução das lesões ao fim de 14 dias. Este caso destaca-se pela raridade desta etiologia de vasculite, realçando a importância de exclusão das causas mais prováveis e o índice de suspeição para interrupção e substituição do fármaco lesivo.

P n.º 2388
Uma lombalgia à espera de diagnóstico
João Miguel Meneses Palmeira Ferreira(1);Rosário Araújo(1);Ana Ramôa(1);Ana Luís Vasconcelos(1);Ana Mosca(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Estima-se que até 84% dos adultos venham a ter lombalgia em alguma altura das suas vidas. Embora esta possa ter muitas etiologias, a maioria dos pacientes que recorrem ao serviço de urgência vão ter uma dor lombar de causa inespecífica. Mais raramente, uma lombalgia pode significar uma doença severa.
Caso Clínico: Sexo masculino, 67 anos, parcialmente dependente. Sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência duas vezes por lombalgia e anorexia com 3 semanas de evolução e astenia há 2 meses, tendo tido alta com analgesia para alívio sintomático. Sem outra sintomatologia. Recorreu novamente por manutenção das queixas. Analiticamente a destacar anemia macrocítica, trombocitopenia e insuficiência renal aguda de novo (Cr 3.6 mg/dL). Devido aos sinais de alarme presentes optou-se pela realização de TC lombar que descreveu múltiplas lesões líticas lombares, do sacro e ilíacas, e fratura recente do corpo de D11. Do estudo complementar em internamento constatou-se hipercalcemia (12.1 mg/dL), hiperfosfatemia (11.7 mg/dL), hiperuricemia (10.1mg/dL), aumento das proteínas totais (11.7 g/dL) e hipoalbuminemia (2.7 g/dL). A eletroforese de proteínas séricas revelou uma gamopatia monoclonal, verificando-se aumento dos valores de IgG (8722 mg/dL) e B2-microglobulina (19997 ng/mL). Este paciente evoluiu desfavoravelmente e acabou por falecer no 4º dia de internamento antes de realizar biópsia medular que deveria confirmar a principal hipótese diagnóstica (mieloma múltiplo).
Discussão: A lombalgia é um dos principais motivos de procura do Serviço de Urgência. Apesar de menos de 1% das lombalgias corresponderem a etiologias graves, o mieloma múltiplo (MM) deve ser equacionado principalmente em idosos com dor óssea e sinais de alarme. A dor óssea no MM pode resultar tanto da infiltração óssea como de fraturas patológicas. Embora seja uma entidade rara, o seu diagnóstico não deve ser atrasado, uma vez que tem implicações no prognóstico.

P n.º 2393

Da trombose venosa profunda à vasculite

Telma Martins(1);Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Margarida Monteiro(1);João Serôdio(1);Marta Jonet(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A arterite de Takayasu (AT) é uma panarterite granulomatosa crónica e obstrutiva da aorta e seus ramos. Surge predominantemente em jovens mulheres com idade média de 40 anos. Manifesta-se na primeira fase inflamatória com sintomas constitucionais e na segunda fase oclusiva com sintomas isquémicos devido à presença de estenoses e aneurismas. O diagnóstico confirma-se por angiografia, a tomografia com emissão de positrões (PET) e o ecodoppler também são úteis. O tratamento de primeira linha são os corticoides.
Apresenta-se o caso de um homem de 58 anos, leucodérmico, com diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hábitos tabágicos ativos e alcoólicos passados. Recorreu ao Serviço de Urgência por edema, dor, rubor e calor do membro inferior esquerdo com 4 dias de evolução e agravamento progressivo. Referia dor crónica inflamatória e limitação da mobilidade axial desde há 2 anos.
Ao exame objectivo a salientar: massas musculares atrofiadas, edema do membro inferior esquerdo, cifose marcada e rigidez e dor à palpação das apófises espinhosas.
Analiticamente de positivo proteina C reativa 8mg/dL e velocidade de sedimentação 89 mm/s. Gasimetria arterial sem hipoxémia. O doppler do membro inferior esquerdo confirmou extensa trombose venosa profunda tendo iniciado anticoagulação.
Foi internado para estudo etiológico e para esclarecimento do quadro de impotência funcional. A tomografia computorizada de corpo mostrou espessamento difuso da parede da aorta e ilíacas comuns e edema da gordura envolvente, sugerindo arterite e padrão tree in bud inespecífico pulmonar. Fez videobroncofibroscopia que excluiu causa infecciosa. O ecodoppler e a PET confirmaram vasculite de grandes vasos com envolvimento da aorta, subclávias, axilares e femorais bilateralmente, sem envolvimento temporal e iniciou corticoterapia e tocilizumab com melhoria progressiva do quadro álgico e mobilidade cervical.
A AT é uma doença rara, cuja apresentação atípica obriga a um elevado grau de suspeição. O início precoce do tratamento é crucial para o prognóstico.

P n.º 2394
Enfarte da Artéria de Percheron ?
Filipa Figueiredo(1);Marta Arriaga Rocha(1);Catarina Figueiredo Roquete(1);Sara Furtado(1);Sara Vilas-Boas(1);Teresa Valido(1);Carolina Chumbo(1);Carolina Monteiro(1);Martim Bastos(1)
(1) Hospital Dr. Fernando Fonseca

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Artéria de Percheron (AP) consiste numa variante anatómica onde uma única artéria perfurante talâmica surge da artéria cerebral posterior proximal. Assim, a oclusão de uma única artéria pode culminar num enfarte talâmico bilateral. A apresentação radiológica inicial normal e variabilidade clínica podem comprometer terapêutica atempada, como no caso que a seguir se apresenta, sendo necessário saber quando considerar esta entidade.
Caso clínico: Feminino, 68 anos, caucasiano, parcialmente dependente, com antecedentes pessoais de adenocarcinoma pouco diferenciado, de provável origem endometrial, com mestastização cerebral, cutânea e pulmonar, sujeito a quimioteria e radioterapia holocraniana 11 anos antes. Trazida ao SU por alteração do estado de consciência, destacando-se à admissão: Glasgow Coma Scale 7 (motor 5 + verbal 1 + ocular 1), pupilas esquerda midriática sem resposta a estímulo luminosos e pupila direita miótica com resposta ligeira a estímulo luminoso; mobilização dos quatro membros espontaneamente. TC cranioencefálica (TC-CE) sem alterações agudas e angioTC sem alterações dos grandes vasos. Admitido coma de etiologia a esclarecer assumindo-se provável epilepsia vs acidente isquémico agudo. Pela dúvida de diagnóstica e assumindo-se mau prognóstico não realizada trombólise. Ao fim de 3 dias, com EEG negativo para actividade epileptiforme e com TC-CE descrevendo enfartes talâmicos em território da AP.
Discussão: A apresentação do enfarte da AP varia amplamente desde manifestações ligeiras, a sinais graves como o coma, podendo diferir da apresentação clássica de enfarte isquémico. A avaliação radiológica inicial é geralmente normal. Consequentemente ocorrem atrasos de diagnóstico que comprometem eficácia terapêutica. Assim, o diagnóstico é em primeiro lugar clínico, devendo suspeitar-se desta entidade nos doentes com início súbito de sintomas que podem estar associados a deficits da circulação posterior.

P n.º 2398

Streptococcus gordonni, uma causa rara de endocardite infeciosa

Leandro Valente(1);Lurdes Correia(1);Adélia Simão(1);Rute Aleixo(1);Filomena Coelho(1);António Canotilho(1);David Prieto(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A endocardite infeciosa (EI) é um dos diagnósticos diferenciais a considerar num doente que se apresenta com um quadro constitucional, podendo ter uma apresentação aguda ou insidiosa, com sintomatologia variada, e taxa de mortalidade considerável. O Streptococcus gordonni é um agente etiológico raro de EI e está geralmente associado a patologias da cavidade oral, como abcessos dentários e cáries.

Caso Clínico:
Homem de 65 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes tipo 2 e dislipidemia, que foi referenciado à consulta de Medicina Interna para estudo de quadro constitucional com 6 meses de evolução. Referia emagrecimento, anorexia, sudorese noturna e febre. Neste período tinha já realizado antibioterapia, com melhoria dos sintomas, com recrudescimento das queixas posteriormente. No exame objetivo foi detetado sopro sistólico nos focos aórtico e pulmonar, sem outras alterações de relevo. Do estudo analítico efetuado destaca-se anemia normocítica normocrómica, PCR de 15mg/dL, e isolamento de Streptococcus gordonni multissensível nas hemoculturas. Realizou ecocardiograma transesofágico que revelou endocardite da válvula aórtica. Efetuou tratamento dirigido com ceftriaxone e gentamicina. Foi observado pela Estomatologia e efetuada exodontia de raiz residual que seria o foco infecioso primário. Em ecocardiograma de reavaliação foi detetado pseudoaneurisma perivalvular da válvula aórtica, com necessidade de substituição por prótese mecânica.

Conclusão:
Apresentamos este caso clínico para salientar a importância de elevado grau de suspeição para a EI no diagnóstico diferencial de quadro constitucional, que pode ser mascarada com tratamento antibiótico empírico para outras situações, atrasando o seu diagnóstico e comprometendo o seu tratamento atempado. Por outro lado, destaca-se a necessidade de excluir lesões da cavidade oral que podem ser a origem da infeção.

P n.º 2400

Shewanella algae: um patogéneo emergente

Inês Matos Ferreira(1);Sérgio Cabaço(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Amanda Hirschfeld(1);Cláudia Maciel Perez(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As espécies do género Shewanella são bacilos gram negativos saprofíticos, consideradas como organismo patogénico emergente. Apesar de existirem mais de 30 espécies diferentes, apenas a Shewanella algae e a Shewanella putrefaciens foram isoladas em infecções clinicamente relevantes. A ocorrência está directamente relacionada com a temperatura e salinidade da água, sendo a infeção mais frequente em zonas de clima temperado e durante o verão. A Shewanella algae foi a mais isolada e as manifestaçoes mais comuns relatadas, foram as infeções do ouvido, pele e tecidos moles, com ou sem bacteriémia, sendo esta por vezes fulminante em doentes imunocomprometidos. Apresenta-se o caso de uma mulher de 84 anos, com história de HTA, diabetes mellitus, doença arterial periférica tibioperoneal e insuficiência venosa crónica, que recorre ao serviço de urgência por um quadro de edema acentuado dos membros inferiores, náuseas e vómitos. À observação, descrito edema dos membros inferiores com duas úlceras na face anterior da perna direita, com exsudado purulento. Analiticamente, destacava-se uma leucocitose 20,40 x 10^9/L e PCR 369,0 mg/L, ureia 155 mg/dL e creatinina 2,56 mg/dL. Nas hemoculturas foi isolada Shewanella algae, com sensibilidade testada a ceftazidima e resistência a penicilina, amoxicilina/ácido clavulânico, cefuroxima, imipenem, gentamicina, amicacina e tigeciclina. Iniciou antibioterapia com ceftazidima, com melhoria clínica e dos parâmetros inflamatórios. Por apresentar agravamento progressivo da função renal, foi transferida para a enfermaria de Nefrologia para indução dialítica. Este caso destaca-se pela raridade do agente patogénico isolado, cujo estudo in vitro tem demonstrado múltiplas resistências aos antibióticos, condicionando dificuldade na gestão terapêutica dos doentes.

P n.º 2406
A culpa foi do coelho?

Núria Condé Pinto(1);Bernardo Silvério(1);Inês Albuquerque Monteiro(1);Andreia Coutinho(1);Isabel Freitas(1);Helga Martins(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tularémia é uma doença infecciosa zoonótica transmitida fundamentalmente a partir de roedores ou vetores invertebrados. É uma infeção rara cujo diagnóstico exige um elevado nível de suspeição.
Caso: Homem de 46 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu à urgência por quadro de expetoração mucopurulenta e hemoptóica, associada a dor pleurítica esquerda, com cerca de 4 dias de evolução. Referia síndrome febril mas sem aferição de valor de temperatura. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, subfebril, com diminuição do murmúrio vesicular e crepitações na base pulmonar esquerda. Sem insuficiência respiratória. Analiticamente de relevo: aumento de parâmetros inflamatórios e discreto aumento de transaminases; anemia com estudo compatível com anemia inflamatória. RX de tórax com hipotransparências bilaterais. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e azitromicina. A TC torácica revelou uma densificação com 6x4 cm na base pulmonar esquerda, e outra com cerca de 3cm na base direita, sem broncograma, compatível com lesão infecciosa não podendo ser excluída atipia, associada a ligeiro derrame pleural. Após anamnese mais detalhada incluindo contexto epidemiológico, o doente revelou que no dia que antecedeu o início dos sintomas, realizou manobras de suporte de vida com respiração boca-a-boca a coelho doméstico, o que motivou a suspeição de uma zoonose. Realizou broncofibroscopia diagnóstica, que revelou positividade na serologia de Francisella tularensis e cultura positiva para P.aeruginosa. Cumpriu ciclo de antibioterapia com levofloxacina, mantendo estabilidade clínica. TAC de controlo com resolução praticamente total das lesões.
Este caso evidencia a importância da anamese na orientação do estudo de uma infeção respiratória. A apresentação clínica descrita foi ligeira, no entanto a infeção por tularémia pode ter uma apresentação variada e potencialmente fatal.

P n.º 2412

Quando é Pior a Emenda que o Soneto: Doença do Interstício Pulmonar por Rituximab

Ana Pais Monteiro(1);Filipa Correia(1);Carlos Guimarães(1);Vital da Silva Domingues(1);Ana Reinas(1);Teresa Mendonça(1);João Correia(1)
(1) MEDICINA - CHP - HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO EPE

Tema: Doenças respiratórias

Introdução
O Rituximab (RTX) é um anticorpo monoclonal quimérico anti-CD20 que tem sido utilizado no tratamento de linfomas e em várias doenças autoimunes, em monoterapia ou em terapêutica combinada. Normalmente bem tolerado, 30% dos casos reportam sintomas flu-like, No entanto, apesar de raras, têm sido reportadas doenças do interstício(DI) induzidas por RTX, com uma incidência de 3,95%-14%.

Caso Clínico
Mulher de 60 anos com infeção ligeira por COVID-19 em dezembro/2020. Recidiva de llinfoma folicular em Outubro/2020, altura em que iniciou quimioterapia, com resposta completa e tratamento de manutenção com RTX em janeiro/2021. Por apresentar quadro de síndrome gripal após primeiro ciclo, não realizou segundo ciclo. TC Tóracica de novembro de 2021 com parênquima pulmonar normal. Em Março/2022, evoluiu com dispneia de agravamento progressivo até pequenos esforços. Internada com o diagnóstico de pneumonia bilateral e insuficiência respiratória tipo 1; sem isolamento de agente. A TC Tórax revelou distorção arquitectural do parênquima pulmonar, áreas de consolidação em banda e múltiplas áreas em vidro despolido bilateralmente. Realizou broncofibroscopia (BFO) com lavado broncoalveolar (LBA), a mostrar alterações compatíveis com pneumonite de hipersensibilidade; excluidas outras causas. Iniciou prednisolona 60mg/dia, com melhoria clinica.
Discussão
Embora a incidência de toxicidade pulmonar do RTX seja rara, as DI destacam-se como complicações particularmente graves e potencialmente fatais. Na prática clinica, podem ser difíceis de distinguir de outras patologias, como infecção ou pneumonia organizativa, devendo ser realizados estudos dirigidos com BFO e LBA para a distinção dos mesmos. O tratamento passa pela descontinuação da terapêutica com RTX, tratamento de suporte e início de corticoterapia em dose alta.

P n.º 2413

Um caso de Tuberculose Pleural

Juliana Carneiro(1);Renato Gonçalves(1);João Pereira(1);Ana Patrícia Silva(1);Joana de Matos Coelho(1);Bruno Ferreira(1);Lucia Jardim(1);Carla Gonçalves(1);Ana Rita Elvas(1);Leopoldina Vicente(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) é a principal causa infecciosa de morte em todo o mundo e a causa mais comum de morte em pessoas com vírus da imunodeficiência humana (HIV). Globalmente, a TB pleural corresponde a uma das causas mais frequentes de exsudado pleural, particularmente em áreas endêmicas de TB e na população HIV positiva.
Masculino, 85 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre ao serviço de urgência por queixas de dor abdominal, predominantemente epigástrica, associada a quadro arrastado de astenia e anorexia com agravamento recente. Do estudo complementar, analiticamente sem alterações relevantes, HIV negativo e Rx tórax com hipotransparência na base direita e Rx abdómen com hipotransparência na área do fígado e aerocolia. Por manutenção das queixas álgicas, apesar de analgesia, com defesa à palpação, e para melhor caracterização das imagens de Rx tórax, solicitada TAC tórax e abdómen que mostrou “derrame pleural direito de volume moderado provavelmente septado ou com áreas enquistadas” sem outras alterações de relevo. Assim sendo, ficou internado para estudo do derrame. Realizada, durante o internamento, toracocentese diagnóstica e terapêutica, ecoguiada, com saída de líquido amarelo citrino, que pelas características bioquímicas [exsudado com adenosina desaminase (ADA) elevado e predominio de mononucleares] assumido o diagnóstico de tuberculose pleural que, posteriormente, foi confirmado com broncofibroscopia e exame bacteriológico da expetoração com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e cultura para micobactérias. Iniciou terapêutica antibacilar com boa evolução clínica e analítica.
Este caso permite mostrar a importância da cultura do líquido para o diagnóstico definitivo e o correto tratamento a fim de melhorar a morbimortalidade dos doentes.

P n.º 2421

Tumor neuroendócrino - apresentação atípica de uma doença rara

Núria Condé Pinto(1);Manuel Pinto(1);Pedro Fernandes Moura(1);Pedro Rodrigues(1);Patrícia Rocha(1);Cátia Dias(1);Helga Martins(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores neuroendócrinos são raros, com apresentações diversas, permanecendo muitas vezes o tumor primário por identificar. Manifestações clínicas inespecíficas ou atípicas fazem com que não seja um diagnóstico imediatamente equacionado.
Caso: Homem de 69 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo (80 UMA), insuficiência cardíaca classe II de NYHA e colectomia total com anastomose íleo-retal por polipose adenomatosa familiar sete anos antes. Admitido no serviço de urgência por agravamento da dispneia até ao repouso, toracalgia de características pleuríticas e expetoração mucosa, com três semanas de evolução. Ao exame objetivo a destacar auscultação cardíaca hipofonética e sibilância à auscultação pulmonar, sem outras alterações de relevo. Analiticamente, a destacar insuficiência respiratória hipoxémica, PCR 7,11mg/dL, D-Dímeros de 23260 pg/mL e hipotiroidismo. ECG com critérios de baixa voltagem e RX de tórax com aumento do índice cardiotorácico. A angio-TC-Torácica revelou volumoso derrame pericárdico (30mm) e discreto derrame pleural bilateral sem evidência de tromboembolismo. Ecocardiograma confirmou derrame pericárdico circunferencial de grande volume com swinging heart e compromisso diastólico direito. Realizou pericardiocentese com drenagem de 1100 mililitros de líquido exsudado serohemático e iniciou terapêutica antinflamatória. Objetivada reabsorção total ao fim de 10 dias. O estudo anatomopatológico do líquido foi compatível com carcinoma. Realizou ecografia tiroideia que revelou nódulo TIRADS-4, com biópsia compatível com lesão folicular de significado indeterminado. A revisão de TC evidenciou massa paratraqueal direita no mediastino médio compatível com conglomerado adenopático. TC do pescoço e abdominopélvico mostrou múltiplas adenopatias a nível cervical e celíaco. Realizou biópsia de adenopatia supraclavicular compatível com metástase de carcinoma neuroendócrino. Broncofibroscopia com estudo negativo para células neoplásicas. Estudo endoscópico sem alterações. O doente foi referenciado para Oncologia Médica. Destaca-se este caso pela apresentação rara de um tumor neuroendócrino como metastização ganglionar e derrame pericárdico.

P n.º 2423

Tuberculose Ganglionar, a manifestação mais comum de Tuberculose Extrapulmonar

Ana Catarina Domingues(1);Ricardo Martins da Ascenção(1);Carolina Fernandes(1);Ana Cláudia Cunha(1);Daniela Antunes(1);Cláudia Diogo(1);Ana Isabel Rodrigues(1);Bruno Cabreiro(1);Tiago Pais(1);Sónia Salgueiro(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose é uma doença causada pela Mycobacterium tuberculosis, que pode assumir um estado clínico ativo, mais comumente com afetação pulmonar, ou latente. A tuberculose ganglionar é a apresentação extrapulmonar mais frequente, ocorrendo em cerca de 35% dos doentes com este tipo de manifestação. Podem ser utilizados dois testes de rastreio: o teste de tuberculina (Mantoux) ou o IGRA (Interferon Gamma Release Assay).
Caso Clínico: Mulher, 92 anos, parcialmente dependente. Referenciada a consulta hospitalar por basalioma ulcerado na face para excisão. Apresentava massa cervical à direita, presente desde há cerca de um ano. Realizou-se ecografia cervical de partes moles, que revelou múltiplas adenopatias laterocervicais à direita, de morfologia esférica de estrutura heterogénea e hiperecogénica. Estudo adicional com Tomografia Computorizada (TC) a descrever: envolvimento adenopático bilateral, predominantemente direito. Adenopatias submandibular e sub parotídea direitas, necróticas. Inúmeras adenopatias jugulares e espinhais. Biópsia a conglomerado adenopático a concluir linfadenite reativa: “variante granulomatosa com necrose extensa, macroscopicamente sugestiva de necrose caseosa. Deve ser considerada a hipótese de infeção micobacteriana (principalmente tuberculose), ou fúngica. Pesquisa de microorganismos negativa. Achados a serem enquadrados em história clínica, estudos serológicos e microbiologia, sendo necessária nova amostra. Neoplasia excluída”. Apurada história familiar e pessoal de tuberculose há cerca de 50 anos. Rastreio IGRA positivo. TC de corpo sem evidência de atingimento de outros locais.
Discussão: Perante os achados imagiológicos a revelar granulomas caseosos necrosados, história pessoal de tuberculose e IGRA positivo, assumiu-se o diagnóstico de Tuberculose Ganglionar, ainda que sem biópsia. Iniciado tratamento, com melhoria clínica ao fim de 4 meses.

P n.º 2437

Dor abdominal: apresentação atípica de espondilodiscite

Isabel Monteiro(1);Sara Neves Carvalho(1);Ana Lisa Lima(1);Mário Bibi(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A espondilodiscite caracteriza-se por infeção da vértebra em conjunto com o disco intervertebral e tecidos adjacentes. Manifesta-se tipicamente por dor localizada associada a sintomas constitucionais. No entanto, as características da dor podem variar em doentes com antecedentes de cirurgia ou trauma da coluna vertebral, que podem apresentar dor irradiada ou até mesmo ausência de queixas álgicas.
Apresentamos um doente de 56 anos com paraparésia flácida sequelar a traumatismo vertebro-medular C6-C7 que recorreu múltiplas vezes ao Serviço de Urgência por febre, dor abdominal, vómitos e náuseas. Repetidamente diagnosticado com pielonefrite e medicado para os agentes isolados em urocultura, com melhoria transitória e recidiva após suspensão de antibioterapia. À admissão encontrava-se com dor à palpação da região umbilical e fossa ilíaca esquerda e sinais inflamatórios compatíveis com bursite no cotovelo esquerdo. Do estudo destaca-se proteína C reactiva 255.8mg/L, procalcitonina 6.99mg/mL, VS 127mm/h, D-dímeros 4366 ng/mL e isolamento de Staphylococcus aureus em 2 sets de hemoculturas. Excluída osteomielite do cotovelo por RMN. TC abdomino-pélvico sem identificação de foco infecioso. AngioTC torácico com edema e destruição dos corpos vertebrais e espaço intervertebral de D8-D9. Após reunião multidisciplinar com Ortopedia, decidido realizar tratamento médico tendo cumprido 6 meses de amoxicilina/ácido clavulânico com respostas clínica, analítica e imagiológica favoráveis.
Os autores pretendem com este caso alertar para a importância de suspeitar deste diagnóstico em doentes com fatores de risco para apresentações atípicas. Esta infeção apresenta incidência crescente face envelhecimento da população, ao aumento de número de casos de bacteriemia, imunossupressão e doença vertebral degenerativa e traumática. O diagnóstico precoce é essencial para tratamento adequado e prevenção de complicações graves.

P n.º 2441

Corticoterapia no tratamento do Síndrome Pós-Pericardiotomia - a propósito de um caso clínico

Estela Carvalho de Sousa(1);Bruno Besteiro(1);Joana Tender Vieira(1);Ana Sofia Ramos(1);Inês Silva(1);Jorge Almeida(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

O síndrome pós-pericardiotomia pode ocorrer após qualquer procedimento cirúrgico que implique manipulação do pericárdio, sendo que o intervalo de tempo entre o seu aparecimento e o evento clínico com o qual se correlaciona pode variar de dias a semanas. Apesar do prognóstico benigno, a recorrência pode ocorrer até 6 semanas.
Apresentamos o caso de uma doente de 76 anos, submetida a valvuloplastia mitral com anuloplastia da válvula tricúspide, com concomitante encerramento do apêndice auricular esquerdo, por fibrilhação auricular. Recorre ao serviço de urgência (SU) 1 mês após cirurgia cardíaca por dor torácica no hemitórax esquerdo de características pleuríticas com irradiação para o braço esquerdo, dispneia, febre e sudorese noturna. O ecocardiograma transtorácico revelou derrame pericárdico de pequeno volume e circunferencial. Assumida pericardite pós-pericardiotomia (PPP) e iniciou colchicina e ibuprofeno na dose apropriada. Apresentou melhoria clínica e analítica, com descida dos parâmetros inflamatórios. Como intercorrência, a referir lesão renal aguda iatrogénica por antibioterapia em curso e anti-inflamatórios, com suspensão do ibuprofeno e switch para corticoterapia. Teve alta medicada com colchicina e prednisolona em esquema de desmame. Regressa ao SU, 4 semanas após alta, com clínica semelhante à supracitada. Para exclusão de diagnósticos diferenciais, realizou imagem toraco-abdomino-pélvica que não revelou alterações, ecocardiograma transesofágico sem alterações sugestivas de endocardite e hemoculturas persistentemente negativas, incluindo pesquisa de microrganismos HACEK. Atendendo à resolução da disfunção renal, re-instituído ibuprofeno. Após discussão multidisciplinar, assumida recorrência de PPP com boa resposta clínica e analítica, tendo tido alta medicada com colchicina e ibuprofeno em esquema de desmame mais lento. Sem novas recorrências até à data.
A recorrência de PPP é um pouco frequente, sendo a terapêutica com corticoterapia parece associar-se a maior risco de recorrência e cronicidade, não estando recomendada como primeira linha nas guidelines atuais. Assim, o presente caso alerta para o reconhecimento precoce desta entidade de forma a obter um rápido alívio sintomático e, sobretudo, evitar complicações graves.

P n.º 2444

COVID19 com movimentos involuntários!

Antonio Eliseu(1);Paula Lopes(1);Aissatu Cassama(1);Margarida Agudo(1);Joana Simões(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A coreia é uma doença hipercinética do movimento involuntária que pode ser congénita ou adquirida. A coreia aguda adquirida pode ser casuada por doenças autoimunes, doença cerebrovascular, fármacos, infecções, tóxicos ou neoplasias. Coreia aguda associada à COVID19 é raro com apenas relatos de casos na literatura.
F, 69 anos, autónoma, AP: DM 2 MH: sem fármacos associados a coreia; HDA: Recorreu ao SU por movimentos involuntários dos 4 membros que condicionava incapacidade funcional como marcha e alimentação. Na admissão: TT 38ºC, ENS: vigil, parcialmente orientada, coreia generalizada com movimentos proximais amplos dos 4 membros por vezes de carácter balístico. ECD's: Hb: 15.4, pCr: 1.91, CK: 596,`Gluc: 300 mg, TSH: N, PCR: 9, GSA(40%): pO2 82 Lac: 2.5, PCR SARS-CoV2: (+). Iniciou terapêutica com haloperidol 5 mg tid e diazepam 5 mg tid. TC-Tórax: doença parenquimatosa pulmonar difusa bilateral e multisegmentar compatível com COVID19. Estudo realizado por quadro hipercinético: 1- TC-CE: sem evidencia de alterações agudas. 2- Lab: 2.1 -função tiroidea normal, 2.2- autoimunidade: antids-DNA, ENAs, anti-cardiolipina, ac transglutaminase: negativo; 2.3- anticorpos HIV, Borrelia e sífilis: negativo; 2.4- LCR: Citoquimico leucócitos <5, glicose 70, proteínas totais 35; 2.4.1 painel das meningites/encefalites: PCR não detectável E. colim H. influenza, Listeria, Neisseria, Streptococcus agalactiea, CMV, enterovirus, HSV I e II, HHV IV, VZV, Criptococcus: SARS-CoV2 negativo 2.4.2 Bacteriologico: (-), 2.4.3 VDRL (-) 2.4.4 Pesquisa de antineuronais no LCR (-) (anti-Hu, Ri, Yo, CV2, CRMP5, NMDA, CASPRE2, LGI1; Foi apresentado melhoria gradual com substituição da terapêutica para olanzapina, persistindo movimentos esporádicos, pouco amplos, proximais dos membros e tronco, rigidez axial importante (grau 3/4 mobilização cervical), discretos sinais piramidais direitos (pronação na prova de braços estendidos, parésia facial central direita e disartria ligeira). À data de alta saiu medicada com olanzapina 2.5 mg bid com capacidade realização das actividades de vida diária. Assumiu-se coreia aguda em contexto de COVID19 após exclusão de outras etiologias.
A coreia aguda é uma doença do movimento hipercinética incapacitante. Apresentamos um caso raro de coreia aguda associado à COVID19 com resolução parcial.

P n.º 2447

Um caso raro de Síndrome de Cushing

Paula Nogueira(1);Nídia Maltez Cunha(1);Rodrigo Rei(1);Pedro Gomes Santos(1);Mihail Mogildea(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A síndrome de Cushing reflete várias manifestações clínicas, que resultam da exposição a um excesso de corticoides. Pode ser dependente ou independente da Hormona adrenocorticotrófica (ACTH), bem como iatrogénico.
Em 90% dos casos, o aumento da ACTH é causado por um microadenoma corticotrófico hipofisário. No entanto, também pode ocorrer por produção ectópica, sobretudo nas neoplasias ocultas (pulmão, tiroide ou pâncreas).
Caso clínico: Mulher de 83 anos, previamente autónoma. É trazida ao Serviço de Urgência por alteração do estado de consciência e edemas.
De antecedentes pessoais salienta-se hipertensão arterial presumidamente essencial e Carcinoma urotelial papilar de alto grau de malignidade.
À avaliação clínica apresenta-se hipertensa, pouco reativa (Glasgow 9) e com edemas generalizados. Analiticamente com hiperglicemia, hipocaliemia, anemia normocrómica normocítica, trombocitopenia e hipertiroidismo subclínico.
Realizaram-se meios complementares de diagnóstico que permitiram excluir patologia primária do Sistema Nervoso Central.
Por apresentar ao longo do internamento alcalemia com hipocaliemia e hipertensão arterial resistente, admitiu-se a hipótese de Síndrome de Cushing, pelo que reaizou uma urina de 24h. Esta apresentou um cortisol bastante aumentado (>120; urina/tempo>1000), assim como a ACTH basal (267,4pg/mL) na análise sanguínea.
Assumiu-se, assim, o diagnóstico de Síndrome de Cushing dependente de ACTH.
Não foi possível esclarecer a origem da secreção aumentada de ACTH, uma vez que apesar das medidas instituídas a doente faleceu.
Discussão: Com este caso clínico, os autores pretendem enfatizar a importância da abordagem exaustiva para diagnóstico de casos raros, como a ocorrência de alterações do estado de consciência associadas a letargia, hipertensão, hiperglicemia e edemas numa doente com antecedentes neoplásicos, nos pode direcionar na pesquisa de uma síndrome de Cushing eventualmente associada a adenoma hipofisário ou à produção ectópica de ACTH.

P n.º 2450

Crioglobulinemia e atingimento renal: o timing para arriscar

Patrícia Neves(1);Carla Silva Gonçalves(1);Mariana Pereira Santos(1);Diogo Brandão Neves(1);Teresa Sequeira(1);Ana Rita Cruz(1);João Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
A vasculite crioglobulinemica caracteriza-se pela deposição sistémica de imunocomplexos. A evolução varia de assintomática a sintomas associados ao envolvimento de diversos órgãos, sendo a purpura a manifestação mais comum. Apesar do desafio diagnóstico, o envolvimento renal é o maior preditor prognóstico. O tratamento combinado com glucocorticoides e rituximab tem-se tornado a terapêutica de primeira linha na gestão da crioglobulinemia mista.

Caso Clínico
Mulher de 73 anos, antecedentes de síndrome antifosfolipídico, doença cerebrovascular, doença renal crónica estadio 4, cardiopatia valvular a condicionar insuficiência cardíaca, crioglobulinemia tipo II com atingimento cutâneo e provável atingimento cerebral e renal, sob corticoide.
Doente internada por COVID-19 ligeira. Durante o internamento desenvolveu púrpura no abdómen, lombar e coxas. Analiticamente creatinina sérica 3.65mg/dL, consumo de complemento e proteinuria em agravamento. Por flare de doença e provável glomerulonefrite membranoproliferativa, proposto tratamento com rituximab. Evoluiu com melhoria clínica, após 4 ciclos apresenta creatinina sérica 2.51mg/dL, diminuição gradual de proteinúria, ausência de cilindros hialinos e resolução das lesões cutâneas. Em ecocardiografia realizado 1 mês após tratamento inicial sem progressão da patologia cardíaca.

Discussão
Em doenças crónicas, o tratamento engloba várias frentes com múltiplos órgãos em vista, o que pode tornar a decisão terapêutica uma tarefa complexa. No entanto, não devemos perder de vista o objetivo do tratamento a curto e longo prazo. Em doentes com agravamento rapidamente progressivo de um órgão-alvo, devemos ter em conta que o rituximab pode ser considerado como tratamento em doentes com glomerulonefrite crioglogulinemica.

P n.º 2451

Púrpura Trombocitopénica Trombótica: vários espectros da doença.

SARA sa(1);Sérgio Alves(1);João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Tiago Ceriz(1);Cristiana Batouxas(1);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: As microangiopatias trombóticas (MAT) são um grupo de doenças caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão de órgão-alvo. Causam alteração do endotélio vascular, originando tromboses microvasculares. A Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) e o Síndrome Hemolítica-Urémica (SHU) são formas mais importantes de MAT e podem ser primárias ou secundárias.
Caso 1: Feminino de 64 anos, com antecedentes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e transtorno bipolar. Recorreu à urgência por dor abdominal, sem irradiação, calafrios, mialgías e hipersudorese profusa. Apresentava petéquias no dorso das mãos, sem outras manifestações hemorrágicas. Analiticamente com anemia (Hb 8g/dL), trombocitopenía (61.000), agravamento da função renal (Cr 1,6) e hiperbilirrubinémia indirecta (3.82mg/dL). Discutido com Hematologia, que excluindo outras etiologias, assume-se uma microangiopatia trombótica iatrogénica a quetiapina. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia em esquema de desmame e plasmaferese, evoluindo favoravelmente com normalização analítica.
Caso 2: Masculino de 60 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu a urgência por parestesias na face e membro superior esquerdos. Analiticamente com anemia (Hb 6,5g/dL), trombocitopenia (17000), hiperbilirrubinémia indireta (3,95mg/dL) e agravamento da função renal (Cr1,7) e esquizócitos observados no esfregaço. Realizou TAC verificando-se adenomegálias retroperitoniais, axilares e ganglionares do hilo pulmonar. Perante a suspeita de um sindrome linfoproliferativo foi transferido para Hematologia com posterior diagnostico de Linfoma de Hodkin Clássico. Iniciou Prednisolona 1mg/kg/dia e plasmaferese com remissão parcial, no entanto com recaídas e necessidade de nova plasmaferese e posterior esplenectomia.
Conclusão: Apresentam-se dois casos de microangiopatias trombóticas com duas causas distintas, bem como a importância do diagnostico precoce e o tratamento imediato atendendo á alta morbilidade.

P n.º 2453

Gangrena de Fournier no sexo feminino: a propósito de um caso clínico

Beatriz Sampaio(1);Felisbela Gomes(1);Rita Lopes Cunha(1);Mafalda Leal(1);Íris Simões Galvão(1);Maria José Goes(1);Diogo Ferreira da Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A gangrena de Fournier (GF) é uma infeção grave da região perineal, geralmente com ponto de partida em abcessos ou infeções geniturinárias. A sua evolução rapidamente progressiva pode complicar em sépsis, falência multiorgânica e morte. Acomete 10 vezes mais o sexo masculino, sendo rara no sexo feminino e associa-se a elevada mortalidade (até 40%). O diagnóstico precoce é fundamental e o tratamento consiste essencialmente no desbridamento cirúrgico extenso, estabilização hemodinâmica e antibioterapia.
Sexo feminino, 83 anos, hipertensa, diabética, obesa mórbida, com cardiopatia isquémica, doença pulmonar obstrutiva crónica e síndrome de obesidade-hipoventilação. Admitida na Urgência por quadro com 3 dias de febre (39ºC), dispneia e expetoração. Analiticamente com aumento de parâmetros inflamatórios e radiografia de tórax com condensação pulmonar esquerda. Internada por pneumonia e foi iniciada antibioterapia empírica. Nas primeiras 48h, febre mantida e eclosão de lesão vulvar (grande lábio vaginal esquerdo) com agravamento progressivo dos sinais inflamatórios para toda a região genital, perineal e suprapúbica. Analiticamente com subida de parâmetros inflamatórios e Tomografia Computorizada com densificação suprapúbica, inguinal e genital com marcado componente gasoso associado, compatível com GF. Foi submetida a desbridamento e limpeza cirúrgica no próprio dia e, posteriormente, transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos. Apesar das várias reintervençoes cirúrgicas a doente evoluiu desfavoravelmente acabando por falecer.
A GF, apesar de rara no sexo feminino, é um diagnóstico que deve sempre ser considerado, uma vez que o tratamento atempado é crucial para prevenir um desfecho fatal. Neste caso, apesar do diagnóstico precoce, a evolução desfavorável atribuiu-se às múltiplas comorbilidades da doente, nomeadamente a diabetes que aumenta consideravelmente a mortalidade.

P n.º 2455

Síndrome de Lemmel- uma causa rara de obstrução da via biliar.

Maria Inês Bertão(1);Margarida Gaudêncio(1);Ivo Barreiro(1);André Carvalho(1);Rosário Santos Silva(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: O Síndrome de Lemmel foi descrito pela primeira vez em 1934 por Lemmel, como uma icterícia obstrutiva na ausência de coledocolitíase ou tumor, sendo provocada pela presença de divertículos periampulares.
Caso clínico: Homem, 90 anos, trazido ao Serviço de Urgência por episódio de síncope em contexto de exposição ao calor, associado a tonturas e náuseas. Sem outra sintomatologia. Dos antecedentes pessoais, destaca-se hiperplasia benigna da próstata e hipertensão arterial. Sem hábitos etílicos de relevo. Sem alterações ao exame objetivo. Do estudo analítico, destaca-se elevação da enzimologia hepática, sobretudo das provas de colestase, bem como, hiperbilirrubinemia directa (bilirrubina total de 2,36 mg/dL com directa de 1,89 mg/dL). Serologias víricas e autoimunidade hepáticas sem alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal que revelou proeminência das vias biliares, sobretudo da principal em íntima relação com divertículo na face medial da 2ª porção do duodeno. Neste contexto, realizou endoscopia digestiva alta (divertículos duodenos em D2) e colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) que confirmou a presença de divertículos duodenos com algum efeito de desvio sobre a via biliar principal e canal pancreático principal. Neste momento, o doente encontra-se com seguimento em consulta de Medicina, sob tratamento conservador, mantendo uma discreta elevação da enzimologia hepática sobretudo de colestase, pelo que, se protelou o tratamento cirúrgico.
Discussão e conclusão: A maioria dos divertículos são assintomáticos, no entanto, ocasionalmente podem cursar com complicações, nomeadamente diverticulite, hemorragia, perfuração, fístula e eventualmente colangite e icterícia obstrutiva. A imagiologia é essencial para o diagnóstico desta causa rara de obstrução biliar. Os autores apresentam um caso de Síndrome de Lemmel, cujo diagnóstico foi incidental em doente assintomático, optando-se por uma estratégia conservadora.

P n.º 2456
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA EM DOENTE PREVIAMENTE SAUDÁVEL

Joana Subtil(1);Filipe Martins(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
Miocardite secundária à vacina COVID-19 é uma entidade muito rara, mais em indivíduos jovens do sexo masculino, surgindo poucos dias após a vacinação, sobretudo após a 2ª toma.
Caso Clínico
Doente de 56 anos, sexo masculino, autónomo com antecedentes de DM2 e dislipidemia. Recorreu ao SU 5 dias após a 2ª toma da vacina COVID-19 (Moderna) por náuseas, vómitos, mialgias e dispneia para pequenos esforços com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se taquipneico, SpO2 (aa) 93%, taquicárdico, PA 141/78 mmHg. AP: crepitações bibasais. Membros inferiores com edemas godet + bilateral. Analiticamente de salientar anemia N/N, citocolestase (AST 2504, ALT 1406, GGT 494, BT 2.09) PCR 4.76; INR 1.82; D dímeros 9.32. Realizou AngioTC torácico que excluiu TEP; mostrou derrame pleural de pequeno volume à direita e derrame pericárdico de 12 mm. O fígado com dimensões aumentadas, contornos regulares, densidade homogénea e via biliar não dilatada. Realizou EcoTT que demonstrou hipocinésia global do ventrículo esquerdo, com depressão severa da função (FEVE 21%). Admitido ao internamento por IC aguda e hepatite aguda. Do estudo da hepatite aguda: sem consumo de tóxicos; serologias víricas, painel de zoonoses, microbiologias e auto-imunidade negativos. Assumida como isquémica, apresentou normalização paulatina das enzimas hepáticas. Do estudo da IC: troponina negativa; proBNP 3200; Realizou RMN cardíaca: “Dilatação grave do VE com depressão função (24%). Realce tardio de gadolínio intramiocárdico difuso sobretudo nos segmentos basais do ventrículo esquerdo, achados compatíveis com miocardite.” Na investigação etiológica, apenas isolado vírus parainfluenza 4 na zaragatoa nasal, obrigando a ponderar miocardite por este agente VS Miocardite associada com toma vacina. Tratado com furosemida e posteriormente sacubitril/valsartan + bisoprolol + espironolactona + dapagliflozina. Evolução clínica muito favorável. Repetiu RMN cardíaca 6 meses após que demonstrou normalização dos volumes ventriculares e melhoria muito significativa da função sistólica (FEVE 51% vs 24%).
Discussão
Apesar de etiologia não totalmente esclarecida, este caso demonstra uma provável associação entre vacina COVID-19 e miocardite aguda e uma boa evolução clínica após terapêutica optimizada.

P n.º 2458

O plasmocitoma que revelou tratar-se de um sarcoma

Ana Maria Carvalho(1);Ana Morais Alves(1);André Ribeiro(1);Pedro Almeida(1);Rita Magalhães(1);Marta Rodríguez(1);Cristiana Sousa(1);Fernando Salvador(2)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Os sarcomas são um grupo raro e heterogéneo de neoplasias malignas, correspondendo a menos de 1% de todas as neoplasias malignas dos adultos. Caso clínico: Mulher, 84 anos, autónoma, com hipertensão arterial, dislipidemia e fibrilhação auricular hipocoagulada. Recorre à urgência por dispneia, ortopneia e toracalgia direita, incumprimento terapêutico, sem outros sintomas. Exame físico: auscultação pulmonar com estase, edemas bilaterais até aos joelhos; à palpação massa de consistência pétrea, imóvel, no bordo da 7ª costela direita. Admitida para estudo. Da investigação realizada assumida insuficiência cardíaca descompensada em contexto de incumprimento terapêutico; e em relação à massa paracostal, na tomografia torácica expansiva com margens bem definidas, sem aparente invasão tecidular. Na ecografia: duas massas vascularizadas que contactam entre si (55x58mm), a carecer de caracterização. RMN tórax: lesão única expansiva fusiforme alojada na 7ª costela direita de 12cm x 5cm x 5.5cm, contornos regulares, lobulados e heterogéneos com critérios de malignidade, admite-se hipótese diagnóstica de plasmocitoma. Análises: sem anemia ou hipercalcémica, função renal normal, eletroforese de proteínas com hipo-gamma, IgG no limite inferior (615), restantes imunoglobulinas normais e beta2-microglobulina aumentada (4.02ug/ml). Serologias víricas e estudo autoimune negativos. Discutido com hematologia e levantada as hipóteses diagnósticas de mieloma múltiplo ou plasmocitoma extra-vertebral. Realizou mielograma: plasmócitos 1.6%, sem outras alterações. Estudo genético e cadeias leves sem alterações. Biópsia compatível com sarcoma pleomórfico indiferenciado ou mixofibrosarcoma de alto grau. Orientada para consulta de oncologia. Discussão: Este caso é interessante pela marcha diagnóstica, não se confirmando a primeira hipótese diagnóstica mas sim um diagnóstico raro. Enaltece-se ainda a importância da visão holística do internista na abordagem de um doente pluripatológico.

P n.º 2459
SAF associado ao LES

Maria Manuel Pereira(1);Johanna Viana(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Ana Rita Marques(1);Diana Silva Fernandes(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome antifosfolipídica (SAF) é uma doença autoimune caracterizada por trombose arterial ou
venosa recorrente e/ou morbidade gestacional. É uma condição associada muito frequentemente ao lúpus eritematoso sistémico (LES).
Caso clínico: Sexo feminino, 29 anos, com antecedentes de dois episódios de trombose venosa profunda (TVP), que motivaram seguimento em consulta de Medicina Interna, com posterior perda de seguimento por não comparência. Recorreu ao serviço de urgência por dor e edema localizado na fossa poplítea direita. Referia queixas de dispneia com esforço moderado, com vários meses de evolução. Ao exame físico apresentava um sopro sistólico grau II, mais audível no foco tricúspide, e sinal de Homans negativo.
Do estudo realizado identificou-se na gasimetria arterial hipoxemia e hipocapnia; analiticamente trombocitopenia, elevação de d-dímeros (> 4400ng/mL) e do NT-PBNP (22667pg/ml). Através do ecodoppler venoso dos membros inferiores foi excluída TVP. Na angiografia de tórax identificou-se um tromboembolismo pulmonar recente e sinais de tromboembolismo crónico. A doente iniciou hipocoagulação e ficou internada. Revendo o estudo realizado em 2017 destacava-se anticorpos (AC) anti-ds-DNA positivo; AC anti-cardiolipina IgG e IgM positivo; ANA padrão mosqueado 1/640 e restante estudo trombofilias negativo. Realizou-se um ecocardiograma que demonstrou uma insuficiência tricúspide severa, uma pressão arterial pulmonar sistólica de 120 mmHg e uma depressão severa da função sistólica do ventrículo direito. Repetiu-se o estudo que confirmou o diagnóstico de SAF secundário ao LES.
Discussão: Os autores discutem a importância da relação médico-doente e da literacia em saúde, no seguimento de doença crónica potencialmente grave. Ambas as componentes são fulcrais para o entendimento da doença, adesão ao tratamento e impacto que as mesmas poderão ter nas potenciais complicações mais graves associadas a esta patologia.

P n.º 2464
Good News: Hemochromatosis
FILIPA FIALHO REIS(1);Francisca Torres Sarmento(1);Maria Eduarda Lourenço(1);Glória Nunes da Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças hematológicas

Introduction: Hereditary hemochromatosis (HH) is characterized by increased iron absorption and tissue deposition and is the most common autosomal recessive disorder. The phenotypic expression of hemochromatosis gene (HFE) mutations varies markedly, therefore differential diagnosis can be challenging.
Clinical Case: A male individual, with 62 years old, history of hypertension and hypercholesterolemia and no alcohol or smoking habits, showed multiple hepatic lesions in abdominal ultrasound, with signs suggestive of metastasis. He denied complaints of fatigue, asthenia, weight loss, abdominal pain, or hematic losses and there were no abnormal findings on examination. Thoraco-abdominopelvic computerized tomography (TAP-CT) scan did not rule out liver metastasis. Blood tests revealed a high ferritin level (603 ng/mL) and normal levels of transferrin saturation and serum iron as well as normal hepatic function tests. Abdominal magnetic resonance imaging (MRI) scan detected diffuse hepatic iron overload and perivascular fatty infiltration. Genetic testing showed simple heterozygosity for the H63D mutation in the HFE.
Discussion: H63D is the second most common mutation in HFE. Most studies suggest that heterozygotes for H63D have normal serum ferritin and transferrin saturation levels, and no difference in morbidity or risk of clinically significant iron overload compared with HFE wild-type individuals. The liver is the first organ to be affected by iron accumulation which may lead to cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Therefore, MRI should be performed if serum ferritin level is above 1000 ng/mL. Still, iron deposition in the liver can occur despite mild elevation of ferritin, as reported in this case. Concomitant diseases like nonalcoholic fatty liver may also contribute to iron overload which can explain the disparity between the clinical presentation of this patient and what is expected of the heterozygous form of H63D mutation. Early recognition of HH is crucial in order to prevent complications of iron deposition such as diabetes, cardiomyopathy, impotence, hypogonadotropic hypogonadism and arthritis. More studies are necessary in this population since serum ferritin levels can be disproportionate to iron overload-related disease, therefore delaying the detection of complications.

P n.º 2465

Um caso tardio e severo de cardiotoxicidade

Jéni Quintal(1);José Maria Farinha(1);Ana Fátima Esteves(1);António Pinheiro Candjonjo(1);Joana Silva Ferreira(1);Rui Antunes Coelho(1);Catarina Pohle(1);Tatiana Duarte(1);Sara Gonçalves(1);Ana Sara Gonçalves(2);Rui Caria(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo (2) SESARAM, E.P.E.

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A cardiotoxicidade é um dos efeitos laterais mais significativos da terapêutica antineoplásica, tanto quimioterapia (QT) como radioterapia (RT). É ainda uma causa muito importante e esquecida de Insuficiência Cardíaca (IC). A avaliação ecocardiográfica, antes e após QT/RT, é essencial na deteção precoce de disfunção cardíaca e na adoção de medidas preventivas, já que a probabilidade de recuperação da função cardíaca diminui com o tempo.

Caso clínico: Homem, 63 anos, recorre ao serviço de urgência por dor torácica opressiva com 2 horas de evolução. Menciona também quadro de fadiga, astenia e dispneia para pequenos-esforços desde há 1 mês. Tem antecedentes de abuso prévio de tabaco/álcool e de adenocarcinoma retal com invasão prostática (mLR4). Foi submetido a QT/RT neoadjuvante (capecitabina e 50.4Gy/28 frações de RT) 5 meses antes da resseção abdomino-perineal, e a QT adjuvante com capecitabina-oxiplatina (CAPOX), tendo completado o último ciclo há 1 ano e 1 mês atrás. De notar, ecocardiograma pré e pós-tratamento com normal função e morfologia cardíaca.

À admissão eletrocardiograma com má progressão das ondas R na parede anterior, Troponina I significativamente elevada (6674 pg/mL) e ecocardiograma com dilatação e disfunção biventricular, hipocinésia global e dilatação da veia cava inferior sem colapso inspiratório. Foi realizada angiografia coronária que excluiu doença coronária. Para estudo etiológico de IC e para excluir miocardite, foi efetuada ressonância magnética cardíaca, que confirmou dilatação e disfunção biventricular severas (FEVE 12%) e não evidenciou edema, alterações segmentares da contractilidade ou fibrose. Foi assumida miocardiopatia dilatada por cardiotoxicidade e iniciada terapêutica modificadora de prognóstico para IC com fração de ejeção reduzida. Evolução em NYHA II durante o internamento.

Discussão: O início da cardiotoxicidade no contexto de tratamento antineoplásico é muito variável, com alguns casos a ocorrer imediatamente após o 1º tratamento e outros apenas alguns anos após. Neste caso, desenvolveu-se miocardiopatia dilatada com IC severa apenas após 1 ano do término de QT com CAPOX. Assim, os autores destacam a importância da deteção precoce, da avaliação ecocardiográfica seriada e da terapêutica atempada da disfunção cardíaca por cardiotoxicidade.

P n.º 2470

Crise convulsiva no contexto de intoxicação por fluoxetina

Maxim Suleac(1);Barbara Silva(2);Luisa Magalhães(3);Margarida Correia(3);João Valente(3)
(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Intoxicações acidentais e intencionais constituem uma fonte significativa de morbilidade, mortalidade e de impacto económico na saúde em todo o mundo. Em Portugal, segundo os dados do Centro de Informação Antivenenos, entre 2014 e 2018 cerca de 70% das intoxicações envolveram medicamentos; destas, 50,7% dos casos ocorreram em adultos e foram intencionais.
Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino de 28 anos, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo e medicada com fluoxetina. Admitida por intoxicação voluntaria com 1200 mg de fluoxetina cerca de 3 horas antes, negado outros consumos associados. Realizada lavagem gástrica, sem drenagem de comprimidos, e iniciada fluidoterapia. Posteriormente, crise convulsiva tónico-clónica generalizada controlada com diazepam. O estudo analítico e a tomografia craneo-encefálica não revelaram alterações; eletrocardiograma com prolongamento de QTc. Durante o internamento na Unidade Médica Intermédia sem farmacos anticonvulsivantes, sem registo de novas crises.
A fluoxetina é um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (SSRI). A maioria das intoxicações por fluoxetina têm um curso benigno, com incidencia de crises convulsivas inferior a 1%.

P n.º 2475

Nocardiose pulmonar num doente imunossuprimido

Patrícia Neves(1);Joana Vaz Cardoso(1);João Matos(1);Inês Caetano(1);Diogo Brandão Neves(1);Teresa Sequeira(1);João Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A imunossupressão inerente à doença oncológica e ao seu tratamento é um importante fator de risco para infeções oportunistas, podendo condicionar tanto o prognóstico como o tratamento. A presença de granulomas pulmonares em doentes imunodeprimidos obriga inevitavelmente à exclusão de patologias como a tuberculose; mas visto que a corticoterapia é uma terapêutica cada vez mais comum, devemos estar atentos a causas mais raras. A nocardiose pulmonar é uma doença que evolui frequentemente de forma subaguda ou crónica, o que se pode mostrar um desafio para o seu diagnóstico.

Caso clínico
Homem de 63 anos, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata G7 estadio IVb em tratamento com hormonoterapia e quimioterapia; realizou 2 meses previamente ao internamento biópsia de lesão pulmonar no lobo superior direito em estudo (resultados posteriores a revelar alterações morfológicas sugestivas de processo inflamatório crónico com granulomas). Admitido no serviço de urgência por febre vespertina, suores noturnos, tosse produtiva e tumefação supraclavicular direita com 1 mês de evolução. Analiticamente com parâmetros inflamatórios aumentados, em secreções respiratórias com pesquisa por biologia molecular negativa para complexo Mycobacterium tuberculosis e gram com presença de bacilos gram negativos finos e ramificados. Tomografia computorizada a revelar incremento dimensional da lesão pulmonar e extensão para planos adjacentes. Confirmada a presença de Nocardia abscessus em lavado brônquico. Sem isolamento de agente em hemoculturas. Instituída antibioterapia com cotrimoxazol e ceftriaxone.

Discussão
O aumento da sobrevida dos doentes oncológicos e complexidade dos tratamentos disponíveis condiciona uma relevância crescente das infeções oportunistas na prática clínica. O seu diagnóstico implica muitas vezes um elevado grau de suspeição uma vez que a sintomatologia inespecífica se sobrepõe a vários agentes, nomeadamente ao Mycobacterium tuberculosis.
Assim, apesar de menos frequente, a nocardiose deve ser considerada sobretudo quando existe atingimento cerebral e cutâneo concomitantemente a doença pulmonar.

P n.º 2479

Hipertensão arterial maligna com envolvimento multiorgânico: a propósito de um caso

FILIPE MACHADO(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cardiovasculares

A hipertensão arterial maligna (HAM) constitui uma emergência hipertensiva, rapidamente progressiva, com lesões de órgão agudas associadas (frequentemente o olho, cérebro, rim e coração).
Homem de 45 anos, autónomo. Antecedentes de obesidade grau 1, dislipidemia (diagnosticada há 4 anos, não medicada), hipertensão arterial (diagnosticada há 2 anos, não medicada) e tabagismo ativo. Sem acompanhamento regular nos cuidados de saúde. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia instalação súbita com visão turva do olho esquerdo associadamente. Sem outras queixas associadas. Ao exame objetivo destacava-se uma pressão arterial (PA) média de 3 medições de 217/135 mmHg, sem diferencial relevante face ao membro contralateral. Exame neurológico sugestivo da presença de escotoma central no olho esquerdo e avaliação do fundo ocular com objetivação de retinopatia grau IV. Estudo analítico a revelar lesão renal aguda, hipocalémia e elevação da troponina I (seriação sem variação significativa). Exame sumário de urina com hematúria microscópica e proteinuria (albuminúria: 335 mg/24h). Eletrocardiograma com critérios de voltagem para hipertrofia ventricular esquerda, comprovado posteriormente com ecocardiograma transtorácico que descreveu ainda adicionalmente um padrão diastólico de relaxamento anormal. Tomografia de crânio e ecografia renal sem alterações de relevo. Assim, diagnóstico de HAM, admitido na unidade de cuidados intermédios sob labetalol em perfusão e posterior inico de anti-hipertensores orais de longa duração de ação, titulados ao longo do internamento até otimização do controlo da PA (na data da alta sob perindopril/indapamina/amlodipina 10/2,5/10mg e espironolactona 25mg). Com o progressivo controlo da PA verificada normalização da troponina I, regressão da creatinina sérica até 1,5 mg/dL e resolução da eritroproteinúria. O doente foi referenciado para consulta de medicina interna-hipertensaão arterial, sendo que o estudo de causas secundárias realizado até ao momento foi negativo.
Este caso pretende salientar a extrema importância do reconhecimento precoce e tratamento adequado da HAM, fundamentais para a melhoria do seu prognóstico.

P n.º 2482
Insuficiencia cardiaca por tumor fibroso mediastinico
Jorge Barbancho Bravo(1);Jose Manuel Del Águila(1);Lorena Lozano Real(1);Paula Araujo(1);Renzo Mozzer(1);Eduardo Carvajal Ronderos(1);Mikhailov Iausk(1)
(1) Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

Caso clínico

Doente de sexo masculino de 82 anos de idade parcialmente dependente nas ABVDs, encaminhado a consulta de medicina para seguimento e controlo de doenças. Tendo como queixa principal dispneia progressiva de médios esforços e ortopneia.

AP:
-Médicos: IC com miocardiopatia dilatada com FEVE conservada, portador de pacemaker desde 2015 por BAV2º grau Mobitz Tipo II, HTA, clínica compatível com DPOC (nunca realizou avaliação funcional respiratória).
-Habitos tóxicos: Exfumador desde há 8 anos, bebedor moderado.
-Cirúrgicos: Nega.
Medicação habitual: Perindopril/amlodipina, furosemida, rivaroxabano, budesonida + formoterol, escitalopram, pantoprazol.

Avaliação física:
BEG, GCS 15, normocorado e hidratado, apirético e eupneico.
ACP: Ritmico, MV mantido com leve hipofonese em bases.
Abdomen: Sem alterações
MMSS: Sem alterações
MMII: Edemas leves com Godet +.

Probas complementares previas:
Ecocardiograma 2021: Dilatação biauricular, ventrículo direito dilatado, insuficiência mitral ligeira, insuficiência tricúspide ligeira, baixa probabilidade de HTP.
Rx de torax 2021: Cardiomegalia global gigante; “cor bovis” (discrepância com o ecocardiograma).

Ante a dissociação imagiológica foi requisitada TAC de Tórax

TAC de Tórax:
Destaca-se presença de uma volumosa lesão de espaço com epicentro no andar inferior do campo pulmonar esquerdo, medindo cerca de 14x18.8x16.1cm nos maiores eixos ântero-posterior, transversal e longitudinal respetivamente. Admite-se lesão extrapulmonar no mediastino posterior. A LOE descrita condiciona moldagem das cavidades esquerdas do coração e contacta em >90º a circunferência da aorta.

Foi marcada biopsia da massa para estudo e posterior abordagem desta.

Biopsia==> Conclusão: Tumor fibroso solitário.

Foi marcada cirurgia para remoção da massa mediastínica. Durante a espera, a dispneia do doente foi agravando de forma progressiva com necessidade de dois internamentos para compensação do doente (anasarca e derrame pleural bilateral).

Uma vez a massa foi removida a dispneia e situação hemodinâmica apresentram uma melhoria extraordinária (desaparição de edemas, desparação quase total da dispneia e ortopneia).

Conclusão
Sempre devemos investigar mais e assim poderíamos tirar a nossas conclusões e perceber melhor o origem exato das doenças.

P n.º 2490
As várias etiologias da diarreia
Susana Merim(1);Rita Sevivas(1);Alexandra Leitão(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO:
As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) são doenças crónicas do tubo digestivo. A DII é uma doença com baixa mortalidade mas com elevada morbilidade. É habitualmente diagnosticada em doentes jovens (pico de diagnóstico entre os 20-35 anos). Os sintomas mais comuns são: diarreia crónica (que dura mais de um mês), dor abdominal, e perda de sangue pelo trato intestinal. É frequente haver um atraso no diagnóstico. O diagnóstico da DII implica a combinação de dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e a realização de uma colonoscopia com biopsias. Não existe cura para a DII. Existem várias opções para o tratamento, sendo frequentemente utilizados medicamentos imunossupressores e fármacos biológicos. Muitos doentes necessitam de cirurgia.

CASO CLÍNICO:
Jovem do sexo masculino de 23 anos, saudável, autónomo nas AVDs. Internado por quadro de cefaleia, febre, mialgias, vómitos e diarreia. Em época Covid, foi excluída infeção por SARS CoV2. Após estudo, assumida hepatite aguda por CMV, sendo orientado para consulta de Medicina Interna. Resolvido o quadro clínico, o jovem mantinha anemia normocítica e normocrómica pelo que realizou estudo endoscópico que revelou DII (provável Doença de Crohn).

DISCUSSÃO:
Este caso começa com uma suspeita de infeção por SARS coV2, que excluído e com alargamento do estudo etiológico se chega ao diagnóstico de hepatite aguda por CMV. Melhorado do quadro de febre e mialgias o jovem mantinha padrão diarreico com anemia normocítica e normocrómica. Por estudo endoscópico chega-se ao diagnóstico de DII (provável Doença de Crohn).

P n.º 2491

Acidente vascular cerebral no jovem – a causa oculta

Marta Batoca Sousa(1);Nuno Pardal(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Salgueiro(1);Ana Rita de Oliveira(1);Carolina Carvalho(1);Ana Nascimento(1)
(1) MEDICINA - CHLM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA - VIANA DO CASTELO

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: A síndrome do anticorpo anti-fosfolipídico (SAAF) é uma doença autoimune sistémica. Pode ser primária quando não haja evidência de doença autoimune, ou pode ser secundária a outros processos autoimunes, como o lupus eritematoso sistémico. O diagnóstico de SAAF requer a presença de anticorpos antifosfolipidicos, associado a tromboses arteriais e venosas e/ou abortamentos. No jovem, independentemente da presença de outros fatores de risco, deve sempre ser excluída a presença de SAAF, pelo impacto prognóstico e terapêutico que acarreta.
CASO CLÍNICO: Descreve-se o caso de um jovem de 29 anos, sem antecedentes patológicos ou medicação habitual conhecidos, com estilo de vida ativo, que recorreu ao serviço de urgência por desequilíbrio e vómitos incoercíveis de instalação súbita. No exame objetivo sem alterações a relatar excepto por ataxia no funâmbulo. Assumido síndrome vertiginoso periférico e teve alta medicado com beta-histina. Pela ausência de melhoria recorreu novamente ao SU. Do estudo realizado destaca-se tomografia cranioencefálica e estudo do liquor normais, e ressonância cranioencefálica com alterações focais de sinal a nível cerebeloso bilateral. Durante o internamento objetivada hipertensão arterial (hipertensão essencial grau II, perfil não dipper, com hipertrofia ventricular esquerda concêntrica ligeira), sendo medicado com Ramipril 2.5mg. Do estudo complementar a destacar positividade para anticorpos anticardiolipina e anti-beta2 glicoproteina (mantidos no tempo). Instituída hipocoagulação com varfarina, mantendo-se sem intercorrências até ao momento.
DISCUSSÃO: Este caso demonstra a importância da realização de estudo pormenorizado de causas protrombóticas no jovem com evento trombótico agudo, mesmo após identificação de outros fatores de risco, pois a detecção de uma SAAF implica uma abordagem terapêutica distinta.

P n.º 2494

Amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina

Andreia Branco Pereira(1);Ana Filipa Silva(1);Dinis Sarmento(1);Tatiana Pacheco(1);Teresa de Mendonça(1);Francisco Bento Soares(1);Liliana Torres(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cardiovasculares

A amiloidose cardíaca (AC) é uma forma rara de cardiomiopatia associada à deposição de fibrinas de amiloide nos espaços extracelulares do coração. Cerca de 95% dos casos de AC resultam da deposição de transtirretina (ATTR) ou de cadeias leves de imunoglobulinas.
A apresentação clínica desta patologia depende do grau de envolvimento do coração, e, por essa razão, pode ser muito variada.
Relata-se o caso de uma mulher de 81 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo2 e fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada com NOAC que recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia para pequenos esforços e ortopneia com vários dias de evolução. Na avaliação realizada no SU foi constatada uma insuficiência respiratória hipoxémica, agudização de insuficiência cardíaca e infeção por SARSCov2 tendo-se decidido internar a doente para estabilização clínica.
Durante o internamento foi realizado ecocardiograma onde é constatada hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo de grau severo e miocárdio com aspeto mosqueado. Analiticamente, apresentava BNP aumentado, proteinograma sem picos monoclonais, sem alterações na eletroforese e imunofixação das proteínas do soro e urina. Realizou cintigrafia com DPD que descreve uma captação anómala e significativamente aumentada do radiofármaco na totalidade da área cardíaca, sendo assim os achados compatíveis com amiloidose cardíaca por ATTR. Efetuou-se também biopsia da gordura abdominal sendo a pesquisa de substância amiloide com recurso à técnica histoquímica de Vermelho do Congo negativa.
Tendo em conta os resultados apresentados, estaremos perante uma provável cardiomiopatia amiloidótica associada à transtirretina.
Foi avaliada em consulta de Cardiologia, onde se pondera iniciar Tafamidis, único tratamento aprovado nesta patologia.
Chegar a um diagnóstico de amiloidose cardíaca por deposição de transtirretina é desafiante, mas de extrema importância pois, com a nova terapêutica disponível, é possível melhorar a qualidade de vida destes doentes.

P n.º 2496

Endocardite ou Leptospirose: eis a questão

Leonor Roseta(1);Pedro Filipe Mesquita(1);Regina Abreu(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa (EI) e a leptospirose são possíveis causas de febre sem foco. A leptospirose é diagnosticada por rastreio com IgM ELISA e confirmação com teste de aglutinação microscópica ou PCR. Apesar da baixa frequência de falsos positivos, as serologias devem ser sempre enquadradas no contexto clínico do doente.
Caso: Homem de 71 anos, portador de válvula biológica, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por febre vespertina, hipersudorose e cansaço com 2 semanas de evolução. Associadamente, referia quadro de dejeções diarreicas, tendo ao 4º dia recorrido ao SU. Epidemiologicamente tinha um cão vacinado e desparasitado e lavava alimentos com água de poço. À admissão: hipotenso, com leucocitose, hiponatremia e elevação da proteína C reativa. Foi excluído foco urinário, pulmonar e abdominal. Realizou ainda ecocardiograma transesofágico (eco TE) sem evidência de vegetações ou insuficiência protésica. Hemoculturas, estudo de fezes e baciloscopia negativas. Sem fenómenos embólicos ou imunológicos. Serologicamente destacou-se IgM positiva para Leptospira, tendo iniciado ceftriaxone. Em D7 de antibioterapia, apesar da melhoria dos parâmetros inflamatórios, mantinha febre e colheu novas hemoculturas, com isolamento de E. faecalis. Realizou novo ecocardiograma sem evidência de EI, pelo que efetuou tomografia por emissão de positrões (PET), com hipercaptação da válvula aórtica sugestiva de infeção. Iniciou antibioterapia dirigida e a nova serologia Leptospira-IgM foi negativa.
Discussão: Num doente com fatores de risco e clínica sugestiva de EI, o eco TE não exclui o diagnóstico. Os critérios de Duke contemplam outros exames de imagem alternativos, como a tomografia computorizada cardíaca ou exames de medicina nuclear (PET), a realizar quando a suspeita clínica permanece elevada. Este caso destaca ainda a relevância da procura de outros diagnósticos, na ausência de resposta clínica ao tratamento instituído, mesmo perante uma possível causa como serologias positivas.

P n.º 2497

Sindrome de Marchiafava-Bignami, uma entidade rara

Filipe Borges Rodrigues(1);Ana Rita Paulos(1);Natália Nunes Teixeira(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: O síndrome de Marchiafava-Bignami (SMB) é uma rara doença desmielinizante do sistema nervoso central associada ao alcoolismo crónico e malnutrição. A apresentação clinica é variada e inespecífica, os sintomas incluem demência, alteração do estado de consciência, disartria, hemiparesia, sinais piramidais e convulsões. Pode ter apresentação aguda ou sub-aguda. O diagnóstico diferencial do SMB inclui encefalopatia de Wernicke, esclerose múltipla, encefalite, infecções, neoplasias, enfarte cerebral e doença de Alzheimer. O diagnóstico estabelece-se por achados clínicos e de RMN-CE, com lesões no corpo caloso caracterizadas por hipersinal em T2 e hiposinal em T1. O tratamento baseia-se na administração precoce de tiamina, no entanto a falha terapêutica não é incomum.
CASO CLÍNICO: Apresentamos o caso de um homem de 39 anos, com antecedentes de etilismo crónico, trazido ao Serviço de Urgência por prostração com dois dias de evolução. À observação encontrava-se caquético, prostrado, despertável a estimulo táctil, disártrico e tetraparético. Analiticamente destacava-se hemoglobina 8,9 mg/dL; VGM 106,3 fl; HGM 34,9 pg; Proteínas totais 4,9 g/dL; Albumina 2,2 g/dL. Realizou TC-CE que não evidenciava lesões. Realizou ainda RMN-CE que revelou presença de lesão na transição tálamo-mesencefálica paramediana direita, com hipersinal em T2, hiposinal em T1 e hiposinal em FLAIR. Iniciou terapêutica de suplementação com tiamina e outras vitaminas do complexo B apresentando melhoria gradual e reversão total do quadro neurológico.
DISCUSSÃO: Com este trabalho pretende-se relembrar uma entidade rara com elevada mortalidade associada, realçar a importância da realização de RMN-CE nas doenças com achados neurológicos não esclarecidos e ainda a relação entre a suplementação nutricional e vitamínica com as doenças desmielinizantes. O reconhecimento precoce e a instituição de terapêutica de suporte são fulcrais no prognóstico destes doentes.

P n.º 2503

Pan-hipopituitarismo em idade geriátrica

Maria Beatriz Bessa(1);Raquel Torres(1);Filipe Breda(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

TÍTULO: Pan-hipopituitarismo em idade geriátrica
INTRODUÇÃO: O pan-hipopituitarismo é uma entidade rara que consiste no défice total ou parcial de hormonas hipofisárias. A sua expressão clínica altamente variável contribui fortemente para o subdiagnóstico e consequente subtratamento. Embora existam diversas descrições de pan-hipopituitarismo na literatura, poucas correspondem a indivíduos em idade geriátrica com vários anos de evolução e subdiagnóstico.
CASO CLÍNICO: Mulher, 78 anos, mRankin 1, história de amenorreia primária, baixa estatura e hipotiroidismo medicada com levotiroxina. Admitida por hipovolémia a condicionar cardiomiopatia com comportamento hiperdinâmico (obstrução da câmara de saída do ventrículo esquerdo, movimento anterior sistólico, insuficiência mitral grave).
Durante o internamento, objetivadas polidipsia e poliúria com anos de evolução, vários episódios de hipernatrémia hiperosmolar (oscilação de sódio 143-154 mmol/L) e balanços hídricos persistentemente negativos, levantando a suspeita de Diabetes Insipidus.
Realizado estudo hormonal com valores de FSH, LH, testosterona total e SHBG séricos, prolactina na urina ocasional, IGF-1 e cortisol às 8 horas abaixo dos níveis de referência e ACTH às 8 horas inapropriada para o valor de cortisol sérico. Função tiroideia normal, sob suplementação. Atendendo aos défices hormonais encontrados, assumido pan-hipopituitarismo.
A doente negava traumatismo ou cirurgias cranianas, TC-CE sem alterações sugestivas de “massas intracranianas”. Dos antecedentes, história de meningite na infância concomitante ao início das queixas de polidipsia, e portanto, assumida como provável etiologia.
A doente manteve levotiroxina na sua dose habitual, iniciou hidrocortisona 20mg/dia e desmopressina 0.12mg/dia sem novos episódios de hipernatrémia e resolução clínica.
DISCUSSÃO: O caso descreve uma patologia rara cujo diagnóstico requer suspeita clínica, já que hipernatrémia hiperosmolar é uma realidade frequente em idade geriátrica, que deve ser sempre contextualizada com a restante história clínica.

P n.º 2506

Left PACI as the prime manifestation of a fungal aortic prosthetic valve endocarditis

Filipa Rodrigues Dos Reis(1);José Eduardo Sousa(2);Pedro Leonel(1);Daniela Duarte(1);Francisco Gonçalves(1);Rita Soares(1);Alexandra Vaz(1);Nuno Monteiro(1);Ana Gomes(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Although fungal endocarditis is less common than bacterial, it is also a source of cardiac embolism. Thus, it is important to include this clinical entity in mind during the etiologic study of stroke particularly in patients that were submitted to valve replacement surgery. A 73-year-old woman presented to the emergency room with dysarthria with 24 hours of evolution. On examination, the patient was dysarthric and paraphasic but the remaining exam was unremarkable. Her past medical history was significant for hypertension, dyslipidemia, and aortic stenosis with replacement surgery with a biological valve two years before. A CT scan of the brain showed a corticosubcortical hypodensity on the posterosuperior portion of the left insula which translated into a subacute ischemic lesion. She was admitted to the Stroke Unit with the diagnosis of left PACI. During hospitalization the neurological deficits were solved but she developed a fever and later mentioned she had been having high temperatures in the 2 weeks prior to admission. The hypothesis of an endocarditis with brain embolism as its prime manifestation was considered. Transthoracic echocardiogram was normal, so a transesophageal echocardiogram was performed and showed an aortic valve vegetation with small aortic regurgitation. Four sets of blood cultures grew Candida famata. A brain MRI was performed to exclude mycotic emboli and, although it confirmed the ischemic lesion in the territory of the left MCA, it did not show evidence of infectious processes. The patient was treated with amphotericin B and later was submitted to surgery to replace the prosthetic infected valve.
This case puts in evidence the importance of maintaining a high degree of suspicion about a cerebrovascular event being caused by an undiagnosed endocarditis in patients with suggestive history.

P n.º 2508

Doença pneumocócica invasiva em adulto jovem saudável

Marta Guisado Orantos(1);Bruna Nascimento(1);Vasco Gaspar(1);Inês Ambrosio(1);Stela Calugareanu(1);Luís Siopa(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A doença pneumocócica invasiva é uma infeção confirmada pelo isolamento de Streptococcus pneumoniae num local estéril. A incidência na Europa é de 6,4 casos por 100000 habitantes e desde 2018 o número de casos reportados em Portugal tem vindo a diminuir. Os factores de risco são os extremos da idade, sexo masculino e condições de imunossupressão e doenças crónicas. O presente caso destaca-se por se tratar de um homem saudável, com doença pneumocócica invasiva.
Caso clínico: Homem de 43 anos, autónomo, residente em meio rural, trabalhador agrícola, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de 15 dias de evolução de dispneia, cansaço aos pequenos esforços, dor torácica tipo pleurítico, expectoração esverdeada e sudorese nocturna. Antecedentes de tabagismo e sem medicação habitual. Analiticamente: Leucócitos 20.2x10^9/L, neutrofilia, PCR 41.01 mg/dL, PCT 6.17 mg/dL, Creatinina 1.0 mg/dL, Na 132 mEq/L, K 3.0 mEq/L TGO 42 U/L, TGP 51 U/L, LDH 282 U/L, FA 210 U/L, GGT 157 U/L. Sem alterações na radiografia do tórax. Antigenúrias (pneumococco e Legionella pneumophila) negativas. Ficou internado por infeção respiratória e começou antibioterapia empírica. Realizou TC torácica: "Moderado derrame pleural direito, septado, com extensão cisural. Consolidação com broncograma aéreo no lobo inferior direito, de natureza infecciosa". Nas hemoculturas foi isolado S.pneumoniae multissensível. Realizou ecocardiograma transtorácico sem sinais de endocardite. A pesquisa de VIH foi negativa. Cumpriu 14 dias de antibioterapia endovenosa com melhoria clínica e analitica, tendo alta para o domicílio. Foi realizada notificação no SINAVE.
Discussão: O caso apresentado alerta para o facto de que a doença pneumocócica invasiva afeta imunocompetentes e não pertencentes a grupos de risco. O nosso doente apresentou envolvimento pulmonar e bacteremia sem desenvolvimento de endocardite e meningite, situações associadas a pior prognóstico. A sua identificação é importante pois tem implicações no tratamento, como na duração da antibioterapia e na pesquisa de sinais clínicos que indiquem o envolvimento de órgão. A referenciação destes casos no SINAVE não pode ser esquecida, pois os dados epidemiológicos permitem perceber não a necessidade de medidas preventivas mas também o seu efeito, como é o caso da vacinação.

P n.º 2509

Doença de Kikuchi-Fujimoto – uma causa rara, mas importante de adenopatias e sintomas B

Filipe Pimenta Ribeiro(1);António Antunes(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Outro

Introdução: A Doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma doença rara, benigna e autolimitada, que ocorre com maior incidência em mulheres jovens asiáticas. Habitualmente caracteriza-se por adenopatias e febre, podendo, assim, levar a um diagnóstico erróneo de doença linfoproliferativa maligna. A seguir, os autores apresentam um caso de DKF num homem, jovem, caucasiano com múltiplas adenopatias e sintomas B.
Caso Clínico: Homem de 38 anos, autónomo e saudável é enviado à consulta de Medicina Interna para estudo de adenopatias cervicais. Clinicamente apresenta um quadro com 2 semanas de evolução de febre vespertina, adenopatias cervicais dolorosas, suores nocturnos, perda ponderal superior a 10% do peso corporal em 2 meses, tosse e arrepios. Ao exame objetivo destacam-se adenopatias palpáveis ao nível das cadeias latero-cervicais bilateralmente. Na tomografia computadorizada (TC) apresentava múltiplas adenomegalias ao longo das cadeias cervicais laterais bilaterais. Analiticamente sem anemia, ferro de 9.2 µmol/L e ferritina de 378.6 ng/mL. Velocidade de sedimentação normal; restantes marcadores inflamatórios negativos. Excluiu-se causa bacteriana, nomeadamente tuberculose, causa viral, doença metabólica e doença imunológica. O doente foi submetido a excisão de adenopatia cervical para estudo histológico do tecido ganglionar, que demonstrou processo inflamatório com histiocitose, compatível com DKF. Estabelecido o diagnóstico, inicia terapia com Naproxeno 500 mg 12/12 horas durante 2 meses, com resolução dos sintomas e das adenopatias em TC de controlo. Mantem seguimento em consulta, sem recidivas até à data.
Conclusão: Com este trabalho, os autores pretendem frisar a importância de considerar a DKF no diagnóstico diferencial de adenopatias. A DKF é, muitas vezes, mal diagnosticada como linfoma maligno, podendo assim ser evitado a exposição a agentes tóxicos e proceder ao tratamento correto do doente.

P n.º 2518

Suplementos alimentares, fazem sempre bem?

Daniela Filipa Sousa Viana(1);Diogo Oliveira(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Natália Lopes(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O síndrome de Milk-Alkali é caracterizado por hipercalcemia, alcalose metabólica e lesão renal aguda, despoletada por consumo de doses elevadas de cálcio e alkali absorvível. Este síndrome é raro, representando apenas 10% dos casos de hipercalcemia, sendo importante o seu reconhecimento.
Mulher de 65 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão essencial, dislipidemia, depressão reativa, hipotiroidismo primário e hipoparatiroidismo iatrogénico (tiroidectomia). Medicada com Calcitriol 0.25µg 4/dia, carbonato de cálcio + colecalciferol 1500mg + 400U.I. 3/dia. Recorreu a consulta de Neurologia, por confusão e anorexia com 1 mês de evolução, após avaliação as queixas foram filiadas em agravamento do síndrome depressivo, com ajuste terapêutico. Recorre ao serviço de urgência, 2 semanas depois, por recusa alimentar, prostração, desorientação e incapacidade na realização das atividades de vida diárias. Analiticamente com hipercalcemia (15,9 mg/dL), lesão renal aguda (1,7 mg/dl) e alcalose metabólica, sendo admitida ao internamento. Do estudo realizado, sem alterações (SA) que justifiquem a hipercalcemia (função tiroideia SA, vitamina D SA, diminuição da hormona da paratiroide, eletroforese de proteínas e cadeias leves na urina SA, cintigrafia óssea SA, TC toracoabdominopélvico crânio e pescoço SA). Após melhoria do estado de consciência, a doente assumia consumo de suplementos alimentares sem indicação médica. Respondeu a` fluidoterapia, com recuperação paulatina do seu estado de consciência, sendo assim assumido o síndrome de Milk-Alkali como diagnóstico. Alta orientada para consulta de endocrinologia para seguimento.
Este caso revê uma entidade rara, além disso ressalta a importância da revisão da dieta e medicação habitual, incluindo suplementos alimentares, na consulta. Tal como a importância da exclusão de alterações orgânicas, como diagnóstico diferencial de sintomas de origem psicológica.

P n.º 2519

Dor torácica aguda em homem jovem, mais do que parece

Filipe Sintra Neves Borges Rodrigues(1);Gustavo Coimbra Dos Reis(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO: O pneumoraquis é um achado radiológico raro, descrito no contexto de trauma fechado, infecções por organismos produtores de gás, pneumotórax, pneumomediastino, asma e após punção lombar. Normalmente é assintomático e o tratamento é conservador.
CASO CLINICO: Apresentamos o caso de um homem de 22 anos, com antecedentes de asma, fumador, trazido ao Serviço de Urgência por dispneia, dor torácica e tosse seca com dois dias de evolução. Medicado cronicamente com montelucaste e budesonido/formoterol. À admissão encontrava-se eupneico em ar ambiente com sibilância generalizada à auscultação pulmonar e enfisema subcutâneo da parede torácica e cervical. Realizou telerradiografia torácica sugestiva de hiperinsuflação e enfisema subcutâneo. Para melhor caracterização realizou Tomografia Computorizada Torácica que objectivou discreta lâmina de pneumotórax em topografia apical bilateral, pneumomediastino com extensão ao longo dos grandes vasos para a região cervical e ao longo da aorta descendente até a situação diafragmática. Pneumoraquis. Enfisema subcutâneo da parede torácica e cervical, evidenciando-se dissociação dos planos musculares cervicais e nos ombros e igualmente em torno da musculatura paravertebral torácica até ao nível da origem dos músculos psoas à direita. Foi instituída vigilância permanente, repouso absoluto, broncodilatação e corticoterapia para controlo de sintomas respiratórios. Foi realizada avaliação imagiológica seriada, com resolução completa do quadro.
DISCUSSÃO: A maioria dos doentes com pneumoraquis associado a pneumomediastino espontâneo, não apresenta sintomas neurológicos, o tratamento conservador é habitualmente suficiente, dado tratarem-se de quadros auto-limitados. Contudo, o pneumoraquis de causas específicas como ruptura esofágica, infecção ou trauma aberto do canal raquidiano pode carecer de tratamentos mais agressivos. No caso de feridas abertas existe risco importante de desenvolvimento de meningite.

P n.º 2522
DILIgências na lesão hepática aguda
Inês Estalagem(1);António Leão(1);André Esteves(1);Catarina Bekerman(1);Ana Patrícia Pereira(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A lesão hepática induzida por fármacos (DILI) é das causa mais frequentes de lesão hepática aguda, e o diagnóstico baseia-se na exclusão de outras causas e no estabelecimento duma relação causa-efeito com um fármaco. A biópsia hepática não é obrigatória para o seu diagnóstico, mas o padrão histológico pode reforçar o diagnóstico provável. Assim os autores apresentam um caso de DILI confirmado com biópsia.
Caso clínico: Mulher de 62 anos internada em Unidade de Cuidados Intensivos por intoxicação voluntária com organofosforados, com sintomas muscarínicos e falência respiratória a necessitar de ventilação mecânica invasiva, e pneumonia de aspiração, tratada com amoxicilina e ácido clavulânico (AAC). Evoluiu favoravelmente, com posterior transferência para o serviço de Medicina Interna. Como intercorrência apresentou uma lesão hepática com padrão de citólise e colestase hepática (transaminases, fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase superiores a 10 vezes o valor de referência), associado a hiperbilirrubinémia direta, com icterícia, colúria, acolia e prurido generalizado, eosinofilia e elevação dos anticorpos anti-nucleares (título 1/320 com padrão mosqueado). Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de DILI a amoxicilina e ácido clavulânico e a colangiopatia dos cuidados intensivos, no contexto de instabilidade hemodinâmica, associado à falência respiratória aguda e sedoanalgesia. Para estudo etiológico realizou colangioressonância, que mostrava ligeiro aumento regular do calibre das vias biliares intra e extra-hepáticas, e análises, permitindo excluir causas infecciosas, autoimunes e metabólicas. Realizou, ainda, biópsia hepática com evidência de colangite aguda e dano hepatocitário, de provável etiologia farmacológica, confirmando-se, assim, o diagnóstico de DILI. Com a suspensão do AAC verificou-se uma melhoria paulatina dos parâmetros de citocolestase.
Discussão: Este caso destaca a importância da investigação da lesão hepática aguda, permitindo identificar uma causa farmacológica e excluir outras hipóteses diagnósticas. A biópsia hepática destaca-se como um exame útil em suspeitas de DILI, ao permitir confirmar histologicamente a lesão biliar e hepatocitária de etiologia farmacológica.

P n.º 2526
Surpresa, é um meningioma!
Rita Diz(1);Helena Maurício(1);Micaela Sousa(1);Miriam Blanco(1);Andres Carrascal(1);Pedro Simões(1);Rita Pera(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução

Os meningiomas são os tumores intracranianos primários mais comuns, com incidência anual de 5/100.000. A maioria dos meningiomas são benignos, mas podem apresentar diferentes graus de diferenciação do grau I ao grau III (anaplástico/maligno) que estão associados a diferentes desfechos.

Caso clínico
Homem de 72 anos, autónomo, reformado. Com antecedentes de TCE em 2007, Dupuytren da mão direita e S. Metabólico e HBP.
Encontrado caído em casa com TCE não presenciada, amnésia para o sucedido. Sem perda de esfincteres ou lesão lingual.
No SU sem défices neurológicos focais. Nesse contexto realizou TC CE com Lesão Ocupante de Espaço com edema perilesional.
Posteriormente realizada RMN CE (SECTRA), que revelou Meningioma extra-axial da base do andar anterior direito (3 cm*2,6 cm*1,8 cm), sem invasão parênquima cerebral ou strutura óssea adjacente. Desde essa data não teve mais episódios.
Foi orientado para consulta Neurocirurgia, optando por cirurgia, que aguarda.

Discussão
Destaca-se este caso pela exuberante massa calcificada sem sintomatologia prévia a este episódio.
Salienta-se também a importância do estudo subsequente, de modo a avaliar o grau de diferenciação e optar pela terapêutica mais indicada para cada caso.

A vigilância radiológica é uma opção válida para meningiomas assintomáticos de baixo grau. Em outros casos, o tratamento geralmente é cirúrgico, visando a ressecção completa. O uso de radioterapia adjuvante é o padrão ouro para grau III, é debatido para grau II e geralmente não é indicado para meningiomas grau I ressecados radicalmente. O uso de tratamentos sistémicos não é padronizado.

P n.º 2527

Tuberculose pleural- relembrando a marcha diagnóstica de um derrame pleural

Maria Inês Bertão(1);Ivo Barreiro(1);Margarida Gaudêncio(1);André Carvalho(1);Patrícia Almeida(1);Rosário Santos Silva(1);Isabel Bessa(1);Ferraz e Sousa(1);Vitória Martins(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças respiratórias

O diagnóstico diferencial de um derrame pleural (DP) de novo necessita da correta avaliação da clínica e seleção criteriosa de exames para confirmação etiológica e iniciar tratamento eficaz.
Os autores apresentam o caso de um homem, 88 anos, autónomo, que recorre ao serviço de urgência por dispneia, tosse com expetoração mucosa, astenia e mialgias com 1 mês de evolução. Antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica, ex-fumador de 20 unidades maço ano. Apresentava-se apirético, caquético, saturações periféricas de 95%, auscultação cardíaca arrítmica e pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. Gasimetria arterial com pO2 91,2 e pCO2 28,5 mmHg. Analiticamente com linfopenia (690/µL); proteína C reativa 72,68 mg/L; procalcitonina 0,19 ng/mL; proBNP de 1013 pg/mL; sem outras alterações. Radiografia do tórax com hipotransparência da base esquerda compatível com DP. Internado para estudo etiológico, realizou toracocentese no 1º dia de internamento com saída de liquído compatível com um exsudato, com 2024 células/mm3, 97% mononucleares, glicose 12 mg/dL, ADA 28U/L. Ficou com estudos culturais e citologia para células neoplásicas em curso. Ao 4º dia realizou Mantoux, sem reatividade. Ao 10º dia realizou tomografia toracoabdominopélvica para rastreio de neoplasia, sendo que não se detectaram lesões sugestivas de processo neoplásico ativo. Com exames bacteriológicos negativos e exame Ziehl-Neelsen negativo, em curso estavam apenas citologia para células neoplásicas e culturas para micobactérias. Foi realizada biópsia pleural ao 13º dia. As citologias do DP não revelaram a presença de células neoplásicas. A biópsia pleural tinha alterações compatíveis com pleurite crónica granulomatosa necrotizante, sugestiva de tuberculose pleural, diagnóstico confirmado com os exames culturais do DP e da biópsia pleural, ambos positivos para Mycobacterium tuberculosis. Iniciou esquema anti-bacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, com melhoria clínica.
Os autores pretendem mostrar a abordagem de um DP, onde a marcha diagnóstica foi feita de modo faseado, após interpretação dos exames prévios, sem realização de exames desnecessários, agilizando deste modo o diagnóstico final e o início da terapêutica dirigida.

P n.º 2528

Enfarte medular: uma manifestação rara de dor torácica.

Mafalda Sousa(1);Marta Cerol(1);Maria Inês Santos(1);Margarida Pereira(1);Cátia Correia(1);Marisa Brochado(1);Paula Cerqueira(1);Patrícia Macedo Simões(1);Tetiana Baiherych(1);Nuno Cotrim(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: Enfarte medular é uma patologia rara, associada a grande morbilidade. É menos frequente que os acidentes isquémicos cerebrais, correspondendo a 1-2% de todas as emergências vasculares neurológicas.
CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 76 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica tipo aperto com irradiação dorsal com horas de evolução associada a parésia súbita dos membros inferiores e superiores bilateral e simétrica. À admissão com sinais vitais sem alterações, plegia dos membros inferiores, dos antebraços e das mãos e sensibilidade preservada. Analiticamente a destacar aumento da CK, sem elevação dos parâmetros inflamatórios nem dos marcadores cardíacos.
Realizou angioTC toracoabdominopélvico que mostrou a aorta e os seus ramos com calibre mantido e bem opacificado, sem defeitos de repleção e sem sinais de disseção. A TC da coluna dorsal e lombar excluiu estenose canalar e mostrou presença de alterações degenerativas. A RMN cerebral e medular mostrou enfarte medular C6-D2 com acometimento dos cornos anteriores (owl eyes sign).
Após estudo etiológico exaustivo, atribuída etiologia do enfarte medular a doença aterosclerótica. No internamento a doente manteve os défices neurológicos descritos. Após um mês de internamento objectivada fibrilhação auricular de novo, iniciou anticoagulação. Alguns dias depois a doente sofreu um acidente vascular cerebral isquémico do tronco cerebral e acabou por falecer.
DISCUSSÃO: A medula espinal é irrigada por uma complexa rede de vasos arteriais de pequeno diâmetro, o que favorece a sua obstrução. A síndrome da artéria espinal anterior é a apresentação clínica mais comum de enfarte medular. Muitas vezes não se esclarece a causa, no entanto as principais etiologias estão relacionadas com os fatores de risco cardiovasculares, arteriosclerose da aorta e das artérias vertebrais ou após cirurgia de aneurismas e disseções das mesmas.

P n.º 2534

Um azar nunca vem só - uma sequência de eventos trombóticos e hemorrágicos numa mulher jovem

Miguel Ângelo Sousa(1);Carolina s. Ribeiro(1);Jorge Reis(1);Sara Barbosa Pinto(1);Marta Sofia Oliveira(1);Pedro Caiano Gil(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHVNGE - HOSPITAL DISTRITAL DE VILA NOVA DE GAIA

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: O tromboembolismo venoso é uma entidade clínica relevante que deve ser considerada na abordagem de um doente em pós-operatório. A abdominoplastia está associada a um risco particularmente elevado. Perante um caso de tromboembolismo grave em idade jovem, é imperativa a pesquisa de outros fatores predisponentes para prevenção de recidivas e complicações potencialmente catastróficas. CASO CLÍNICO: Mulher de 39 anos, com antecedentes pessoais de Insuficiência venosa periférica e um parto por Cesariana. Medicada com contracetivo oral combinado. Realiza Abdominoplastia eletiva, sem intercorrências imediatas. Alta sob Enoxaparina 20 mg/dia. Quatro dias depois, trazida ao Serviço de Urgência por síncope precedida de toracalgia retrosternal. Admitida na Sala de Emergência, onde é descrita como vigil, hipotensa, taquicárdica, taquipneica, apirética e cianótica. Analiticamente, com elevação da Troponina. Angiotomografia torácica com evidência de Tromboembolismo pulmonar central e bilateral. Ecocardiograma transtorácico com sinais de sobrecarga do ventrículo direito. Realiza Trombólise endovenosa emergente e é admitida em unidade de Cuidados Intensivos. Complica com hematoma da parede abdominal, com hemorragia ativa. Apesar da hemóstase bem-sucedida após Embolização Arterial regional pela Radiologia de Intervenção, desenvolve paraparésia de instalação súbita. Ressonância Magnética da coluna dorsolombar com imagem de enfarte medular. Inicia Enoxaparina em dose terapêutica. Anticorpo IgM anti-β2 glicoproteína positivo. Estudo genético com a variante 20210G>A do gene PT em heterozigotia. DISCUSSÃO: O estudo alargado revelou predisposição genética tromboembólica e uma possível Síndrome antifosfolipídica (a aguardar repetição do ensaio serológico). O internista aborda muitas das complicações trombóticas pós-cirúrgicas. É fundamental a definição de algoritmos validados através de estudos multicêntricos para a avaliação individualizada e sistematizada do risco tromboembólico pré-cirúrgico, para uma gestão eficaz da profilaxia e garantia do melhor prognóstico para o doente.

P n.º 2536

Cefaleia Primária do Esforço - A propósito de um caso

Daniel Melim(1);Sofia Granito(1);Mónica Jardim(1);Daniano Caires(1);Ana Sara Gonçalves(1);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A cefaleia, primária ou secundária, é um motivo de procura de cuidados médicos frequente e uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. A cefaleia primária do esforço (CPE), representa 1 a 13% dos casos e caracteriza-se por dor pulsátil, com duração inferior a 48h, desencadeada durante ou após esforço físico intenso, na ausência de doença intracraniana.
Caso Clínico:
Homem de 21 anos, caucasiano, com antecedentes de pancreatite idiopática e miocardite viral em 2020. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia frontal esquerda, intensidade 10/10, pulsátil, com irradiação para a região occipital, duração de 1 minuto, com início enquanto fazia treino de hipertrofia muscular. Este foi o terceiro episódio, sendo que na semana anterior apresentou, por duas vezes, cefaleia hemicraniana direita, menos intensa, enquanto realizava exercício. Exame objetivo sem alterações, incluindo exame neurológico. A Angiografia por Tomografia Computorizada crânio-encefálica (CE) revelou defeito centro-luminal de repleção do seio transverso esquerdo (STE), compatível com trombo segmentar não oclusivo. Os restantes segmentos arteriais e seios durais estavam permeáveis, sem ectasias ou defeitos de repleção. O doente ficou internado tendo realizado Ressonância Magnética (RM) CE e punção lombar (PL). A RM CE excluiu a presença trombos. Após revisão, admitiu-se STE hipoplásico. A PL foi não traumática, com líquido cefalorraquidiano (LCR) límpido e manometria 180 mmH20. Exame citoquímico do LCR sem alterações. Assumiu-se diagnóstico de CPE após exclusão de patologia intracraniana significativa.
Discussão:
A CPE, apesar de benigna e na maioria dos casos autolimitada, implica a exclusão de doença intracraniana, nomeadamente hemorragia subaracnoideia ou dissecção arterial. Assimetrias anatómicas nos seios durais, encontrados em 20-39% da população, poderão ser objeto de estudo, para melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes à CPE.

P n.º 2540
Uma causa invulgar de crise adrenérgica
Raquel Calheiros(1);Mariana Teixeira Pacheco(1);Maria Manuela Sousa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução:
As crises adrenérgicas podem ter manifestações graves, como hemorragia intracraniana, enfarte agudo do miocárdio (EAM tipo 2) e convulsões. Este trabalho descreve um caso de hemorragia alveolar difusa (HAD) num jovem após administração voluntária de adrenalina endovenosa. Não existe ainda nenhum caso de HAD associado à toma de adrenalina descrito na literatura.

Caso Clínico:
Um doente de 21 anos, estudante de enfermagem, com antecedentes de perturbação de personalidade borderline e HIV, sob terapia anti-retroviral, foi admitido na Sala de Emergência e posteriormente internado na Unidade de Cuidados Intensivos por hemoptises, náuseas, vómitos, dor torácica pré-cordial com irradiação posterior e insuficiência respiratória com rácio PO2/FiO2 de 172 à admissão, com necessidade de ventilação não invasiva. Do estudo analítico, destaca-se elevação da troponina I-hs, de valor máximo 2915.2 ng/L sem alterações eletrocardiográficas e ecocardiográficas relevantes, compatível com EAM tipo 2 no contexto de desequilíbrio de perfusão pela taquicardia. A tomografia computadorizada apresentava achados compatíveis com HAD, tendo-se iniciado corticoterapia empírica com pulsos de metilprednisolona, sem outros fármacos imunossupressores.
O doente apresentou rápida melhoria clínica, com desmame ventilatório e de oxigenoterapia suplementar ao fim de 2 dias e descida sustentada dos marcadores de necrose miocárdica.
O estudo etiológico inicial incluía causas infecciosas e autoimunes e foi negativo. Após uma semana de internamento, o doente referiu ter auto-administrado uma ampola de adrenalina (1mg) minutos antes do início do quadro.

Discussão:
Este caso relata uma crise adrenérgica de gravidade e etiologia excepcionais, com manifestações não previamente descritas na literatura. Destaca-se ainda o rápido aparecimento e resolução do quadro, praticamente apenas com medidas de suporte. Este caso insólito sublinha ainda a importância de uma colheita cuidadosa da anamnese e do estabelecimento de uma boa relação médico-doente.

P n.º 2546

Esofagite Candida e herpes simplex: quando um mal não vem só

Marta Lopes(1);Marta Rocha(1);Carolina Monteiro(1);Martim Bastos(1);Ana Catarina Lameiras(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: As infeções esofágicas, em especial as causadas por Candida spp ou herpes simplex, são causas comuns de anemia e disfagia, em especial em doentes imunocomprometidos. Infeções simultâneas de herpes simplex e Candida são raras, sendo que alguns casos têm sido descritos em doentes com sépsis ou neoplasias sob quimioterapia ou radioterapia. Apesar de constituírem patologias infecciosas potencialmente tratáveis, o atraso no diagnóstico quando presentes em simultâneo pode resultar no surgimento de complicações como perfuração esofágica espontânea, mediastinite ou hemorragia digestiva.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 85 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de linfoma não Hodgkin tipo B esplénico a condicionar pancitopenia crónica, sob corticoterapia recente (prednisolona 1mg/kg/dia) e a aguardar esplenectomia. Internado por quadro de astenia, tonturas e palpitações, sem perdas hemáticas objectivadas, sem disfagia ou odinofagia. Analiticamente à admissão, destacava-se anemia ferropénica com Hb 3,4 g/L e linfopenia absoluta de 700 cel/L, sem outras alterações de relevo. Após estabilização inicial e suporte transfusional, foi realizada endoscopia digestiva alta com documentação simultânea de esofagite herpética e presença de hifas fúngicas sugestivas de Candida spp, não tendo sido possível a identificação da espécie. Após o diagnóstico, o doente realizou no total 14 dias de aciclovir endovenoso e 14 dias de fluconazol oral com melhoria clínica e recuperação paulatina da anemia.
Discussão: O presente caso descreve uma concomitância rara de esofagite herpética e a Candida, num doente que, não estando sob quimioterapia, apresenta como factores de imunossupressão a corticoterapia de alta dose. Embora o surgimento destes agentes em simultâneo não seja frequente, deve ser colocada como hipótese no contexto clínico de imunossupressão, atendendo a que a não instituição de terapêutica adequada pode contribuir para um pior prognóstico.

P n.º 2547

UM RARO CASO DE APOPLEXIA PITUITÁRIA E MASSA TESTICULAR

Ana Raquel Soares(1);Manuel Monteiro(2);Adriana Watts Soares(2);Rita Prayce(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A apoplexia pituitária é uma emergência endócrina rara que ocorre tendencialmente em doentes jovens, secundária a enfarte ou hemorragia da glândula pituitária, frequentemente associada a adenoma pituitário, que pode cursar com panhipopituitarismo potencialmente fatal. A relação com tumores gonadais está raramente descrita.
CASO CLÍNICO: Homem com 26 anos, foi admitido na Urgência em coma associado a hipotensão e hipoglicémia irreversíveis. A tomografia computorizada cranioencefálica mostrou lesão ocupante de espaço sugestiva de macroadenoma da hipófise com apoplexia pituitária. Foi submetido a exérese parcial do tumor, cuja análise anatomopatológica confirmou adenoma somatolactotrófico. Analiticamente, realça-se aumento de hormona do crescimento (GH) e de insulin-like growth factor 1 (IGF-1). Verificadas diversas complicações endocrinológicas, cerebrais e de imobilização prolongada que justificaram permanência prolongada em cuidados intensivos. Destaca-se panhipopituitarismo grave que foi abordado em cuidados intermédios de medicina interna, salientando-se hipotiroidismo, hipocortisolismo e diabetes insipidus de muito difícil controlo com flutuações graves da volémia, osmolaridade e natrémia. Destaca-se ainda a identificação de uma massa tumoral testicular direita, sólida, ecograficamente heterogénea, com exuberante sinal de doppler. Marcadores tumorais de tumor germinativo estavam dentro dos valores de referência. Foi proposta orquidectomia radical aquando estabilização clínica, no entanto, em reavaliação imagiológica, a lesão regrediu mantendo apenas discreto aumento da cabeça do epidídimo e respetiva vascularização e microcalcificações testiculares. Coloca-se a hipótese de o doente ter um raro tumor testicular de células Sertoli que têm recetores de GH e IGF-1, e portanto, em provável dependência do eixo hipotálamo-hipófise, relação raramente descrita.
DISCUSSÃO: A apoplexia pituitária é uma entidade clínica potencialmente fatal, muito desafiante na sua gestão. A descrição concomitante de adenoma pituitário e tumor gonadal é raramente descrita na literatura.

P n.º 2553
Para além da doença intersticial pulmonar
Carla Sofia Silvestre Pereira(1);Carla Noronha(1);Raquel Rosa(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A doença de IgG4 é uma doença fibroinflamatória sistémica cada vez mais reconhecida, caracterizada por infiltração linfoplasmocitária dos órgãos com plasmócitos IgG4 independentemente dos níveis séricos. Enquanto patologia imuno-mediada pode afetar múltiplos órgãos com diversas formas de apresentação. A manifestação clínica da doença pulmonar é variada e inespecífica, podendo simular doença pulmonar intersticial ou neoplasia e sendo a afeção pulmonar isolada rara. A biópsia pulmonar é recomendada para fazer um diagnóstico histológico definitivo.

Homem de 79 anos, não fumador, com contacto com pombos e antecedentes de hipertensão arterial, tuberculose pulmonar e bócio multinodular tratado com iodo. Orientado para a consulta por queixas com 6 meses de evolução de tosse seca, dispneia de esforço, toracalgia posterior, mialgias e anorexia com perda ponderal de 5kg de agravamento progressivo. Do estudo realizado destaca-se TC tórax com reticulação e padrão favo de mel nas bases; provas de função respiratória sem alteração (FVC 113%, FEV1 117%, FEV1/FVC 78%); lavado broncoalveolar sem células neoplásicas ou isolamentos microbiológicos, imunofenotipagem com linfócitos 2%, macrófagos 98%, CD4/CD8 2:1; analiticamente sem eosinofilia, VS 52mm/1ªh, PCR 8mg/dL, ANCA-MPO positivo (76.0 U/mL), NTproBNP 166pg/mL. Por suspeita de vasculite enviado a consulta de Doenças Auto-Imunes. Do restante estudo, salienta-se níveis elevados de IgG4 286mg/dL (VR 3 – 201mg/dL) com restantes parâmetros de autoimunidade (ANA, dsDNA, FR, CCP, PR3, GBM, SSa, SSb, Jo1, anti-Scl70, CK, mioglobina, aldolase) sem alterações e TC toraco-abdomino-pélvica sem evidência de atipia. Admitido eventual envolvimento pulmonar por doença de IgG4 pelo que iniciou prednisolona 0.5mg/Kg/dia como prova terapêutica dada a exuberância sintomática, protelando-se a biópsia pulmonar. Verificou-se melhoria sintomática marcada com resolução das mioartralgias e tosse e redução do cansaço e quase resolução das lesões pulmonares.

A doença pulmonar relacionada à IgG4 pode ter diversas apresentações clínicas e radiológicas sendo subdiagnosticada. O diagnóstico precoce pode levar ao início precoce de terapêutica com corticóides com resposta clínica robusta na fase inflamatória da doença.

P n.º 2554

Aortite Células Gigantes: uma causa rara de quadro constitucional

Marta Lopes(1);Carolina Monteiro(1);Marta Rocha(1);Martim Bastos(1);Ana Catarina Lameiras(1);Maria do Céu Dória(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A arterite de células gigantes é uma doença inflamatória granulomatosa que afecta vasos de calibre médio e grande, envolvendo mais frequentemente a artéria temporal, podendo afectar a aorta em 14% dos casos. Na presença de aortite, o não reconhecimento do envolvimento deste vaso pode levar a evolução para aneurisma ou disseção.
Caso Clínico: Doente de 60 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo que recorreu inicialmente ao Serviço de Urgência com quadro de cefaleia temporal unilateral com hiperestesia do couro cabeludo, acompanhada de perda ponderal e sudorese nocturna, apresentando analiticamente anemia inflamatória com velocidade de sedimentação 80 mm/1ªh. Admitida arterite de células temporais, tendo iniciado corticoterapia com melhoria clínica e analítica inicial. Após início de desmame de corticóide, verificou-se recorrência do quadro sistémico, no entanto sem outra sintomatologia focalizadora de órgão acompanhante, incluindo cefaleia. Não houve melhoria do quadro após aumento da dose de corticoterapia, tendo sido excluídas outras etiologias de quadro consumptivo, nomeadamente neoplásicas e infecciosas (tuberculose). Realizou biópsia das artérias temporais na primeira semana de terapêutica que foi negativa. Por manutenção do quadro realizou PET que revelou aortite torácica e abdominal, sem evidência de inflamação noutros territórios vasculares. O doente foi referenciado a consulta de Doenças Autoimunes, tendo reiniciado corticoterapia e tociluzumab com melhoria do quadro.
Discussão: O caso descrito assinala uma progressão de arterite de células temporais para aortite, que se apresentou com quadro constitucional sem outras queixas focalizadoras de órgão, constituindo assim um desafio diagnóstico. Destaca-se a importância de uma elevada suspeição clínica desta forma de arterite de células gigantes, pelas suas potenciais complicações associadas ao desenvolvimento de aortopatia.

P n.º 2558

Nem todo o derrame é o que parece - uma causa incomum de derrame pleural exsudativo

Olga Capontes(1);Maria Inês Roxo(1);Catarina Cruz(1);Inês Esteves Cruz(1);Francisco da Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO: O derrame pleural constitui uma acumulação anormal de líquido ao nível da cavidade pleural e representa um achado clínico e imagiológico relativamente frequente nos doentes admitidos no Serviço de Medicina Interna. A presença de múltiplas comorbilidades nestes doentes aumenta consideravelmente o desafio na abordagem diagnóstica e terapêutica, muitas vezes já direcionada para etiologias mais frequentes.
CASO CLÍNICO: Homem de 82 anos com internamento recente por úlcera péptica complicada de perfuração e choque séptico, é admitido no Serviço de Urgência por quadro de tosse, cansaço para pequenos esforços, ortopneia e edema dos membros inferiores com pelo menos um mês de evolução. A radiografia de tórax revelou derrame pleural direito extenso confirmado em TC-Tórax que evidenciou derrame de densidade hídrica. Realizou ecocardiograma que revelou hipertrofia ventricular esquerda com fração de ejeção preservada. Foi admitido provável episódio inaugural de insuficiência cardíaca descompensada e o doente ficou internado para optimização terapêutica e estudo. Foi realizada drenagem de 1500mL de líquido pleural de aspeto seroso turvo, cujo estudo analítico reunia critérios de exsudado, com exame bacteriológico, micológico e pesquisa de células malignas negativos. Perante refratariedade à terapêutica e dado tratar-se de um derrame exsudativo, foi realizada TC abdominal para exclusão de complicações da intervenção cirúrgica recente. O exame revelou a presença de uma formação multiloculada a nível subfrénico à direita, sugestiva de uma coleção de natureza infeciosa. Foi admitido derrame pleural exsudativo no contexto de abcesso subfrénico secundário a úlcera péptica perfurada. Na impossibilidade de realizar drenagem percutânea da coleção e por apresentar estabilidade clínica, a equipa cirúrgica não considerou necessidade de drenagem cirúrgica urgente, pelo que foi iniciada antibioterapia empírica de largo espetro com duração programada de 4 a 6 semanas.
DISCUSSÃO: O abcesso subfrénico é uma complicação rara da cirurgia abdominal e pode cursar com febre e dor referida ao local da coleção ou com sintomas mais inespecíficos e indolentes. Dada a sua localização, pode condicionar a formação de um derrame pleural exsudativo em contexto inflamatório e por aumento da permeabilidade capilar.

P n.º 2560

Uma causa dissimulada para uma dessaturação grave

Catarina Lopes Fernandes(1);Filipa Fernandes Pereira(1);Rafaela Lopes Freitas(1);Nídia Oliveira(1);José Rui Ribeiro(1);Sara Neves Carvalho(1);João Caiano Gil(1)
(1) ULSMatosinhos

Tema: Doenças oncológicas

O cancro do pulmão é atualmente a neoplasia mais letal em Portugal, sobretudo devido ao seu diagnóstico desafiante e frequentemente tardio.
Mulher de 70 anos, com antecedentes de tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e paresia da corda vocal (CV) esquerda em estudo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e tosse produtiva com 2 semanas de evolução. À admissão com prolongamento do tempo expiratório e sibilância, e dois episódios de estridor com dessaturação grave, resolvidos após broncodilatação e mobilização de secreções. Analiticamente com insuficiência respiratória tipo 2 e parâmetros inflamatórios negativos. Restante estudo com pesquisa de vírus respiratórios negativa, radiografia torácica com reforço hilar bilateral e tomografia computadorizada (TC) cervical com adenomegalias cervicais.
Excluída obstrução da via aérea superior por Otorrinolaringologia, confirmando-se paresia da CV já conhecida. Internada sob broncodilatação, corticoterapia e ventilação não invasiva com estabilidade clínica inicial, mas em D4 de internamento com novo episódio súbito de dessaturação grave. Realizou TC torácica, que revelou atelectasia do lobo superior do pulmão esquerdo, sem outras lesões de relevo. Realizada broncoscopia, que revelou múltiplas lesões vegetantes arredondadas no dois terços inferiores da traqueia a condicionar oclusão significativa da via aérea e lesão no brônquio do lobo superior do pulmão esquerdo a condicionar obstrução total, tendo-se procedido a ressecção endoscópica e biópsia das lesões. O exame histológico revelou carcinoma pouco diferenciado do pulmão, com envolvimento ganglionar e ósseo na tomografia por emissão de positrões.
Este caso demonstra que nem sempre a TC torácica tem sensibilidade para detetar e caracterizar lesões pulmonares malignas, mesmo que múltiplas. Nesta doente com sem achados reveladores no TC e com fatores confundidores, a broncoscopia constituiu uma ferramenta indispensável ao diagnóstico, graças a uma elevada suspeição clínica.

P n.º 2561
Intercorrência num caso de fibrose pulmonar familiar
João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Sara sá(1);Tiago Ceriz(1);Andres Carrascal(1);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença de caráter progressivo e insidioso com sobrevida média a partir do momento do diagnóstico de 4 a 6 anos. Uma das suas principais características é o desenvolvimento de infiltrados intersticiais com predomínio em bases pulmonares com dispneia progressiva e agravamento da função pulmonar. FPI familiar representa menos de 5% dos casos de FPI.
Caso clínico: Feminino 57 anos, score mRankin 2. Antecedentes de FPI familiar (pai e irmão faleceram devido a FPI), desde 2017, em lista de espera para transplante pulmonar; e tosse seca crónica. Admitida por agravamento do padrão de dispneia associado a acessos de tosse seca recurrentes e com aparecimento de enfisema subcutâneo a nível cervical, com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo: Hemodinamicamente estável, taquicardica, taquipneica (FR 44 cpm), apirética, SatO2 99% com O2 a 4L/min. AP: murmurio vesicular globalmente diminuido, crepitações secas dispersas. Enfisema subcutaneo palpável a nivel cervical e da parede torácica anterior e lateral direita. Sem outras alterações. Realizou TC torax AR que confirma o enfisema subcutâneo, demonstra um extenso e exuberante pneumomediastino, assim como uma fina lamina de pneumotórax à direita; o pulmão apresenta aspetos de um processo fibrótico intersticial com espessamento na periferia mas sem infiltrado imagiológico. Analiticamente sem alterações de relevo. Pesquisa nCov PCR negativa. Discutido caso com equipa de Pneumologia que a segue e que na ausencia de infeção, deve apenas manter repouso absoluto e controlo da tosse; e encaminhar para o serviço de Pneumologia para continuação de cuidados.
Discussão: Doentes com FPI que desenvolvem pneumotorax têm pior prognóstico e este é muitas vezes refratário ao tratamento. O tratamento cirurgico é preferivel, mesmo com maior mortalidade. Resalva-se neste caso os acessos de tosse como provavel causa do pneumotorax, e pneumomediastino e enfisema subcutaneo subsequentes.

P n.º 2568

As infeções virais e as doenças linfoproliferativas – a propósito do estudo de adenopatias

Ana Ramoa(1);Diana Fernandes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Estima-se que as infeções virais persistentes estejam na origem de até 20% das neoplasias. A inflamação nos locais de infeção viral pode subverter uma resposta imune efetiva e induzir disfunção tecidual e até morte.
Homem de 29 anos recorreu ao serviço de urgência por dor torácica de características pleuríticas, sem irradiação, desde há 4 dias, associado a tosse não produtiva e suores noturnos com dois meses de evolução. Descreveu infecções viricas e bacterianas recentes. Dos antecedentes patológicos destacava-se uma mononucleose infecciosa há cerca de 4 anos. Ao exame objetivo apresentava adenopatias palpáveis, indolores, com cerca de 2cm de diâmetro, duras e imóveis, na região do pescoço, supraclavicular, axilas e inguinais, sem hepatoesplenomegalia ou febre. A tomografia computorizada (TC) de tórax detetou múltiplas adenomegalias nos compartimentos mediastínicos anterior e médio, com aspeto coalescente de significado indefinido, ficando internado para estudo. Nas análises apresentava uma anemia microcitica hipocrómica com défice de ferro e ácido fólico. Na tomografia computorizada (TC) abdominal e pélvica revelava “área nodular no baço, discretamente hipodensa” e a tomografia por emissão de positrões (PET) reforça a existência de adenopatias/conglomerados adenopáticos mediastínicos, latero-cervical bilateral, supra-clavicular bilateral, supra-esternal, axilar esquerda, envolvimento esplénico multifocal e no hilo esplénico. Realizou biópsia percutânea ecoguiada de gânglio laterocervical que revelou linfoma de hodgkin subtipo clássico esclerose nodular.
O linfoma de hodgkin tem uma etiologia desconhecida, mas admite-se que o virus epstein barr detetado frequentemente, possa ter algum papel etiológico. A linfadenopatia palpável indolor ocorre na maioria dos casos e mais de 50% dos doentes tem adenopatias mediastínicas ao diagnóstico. O subtipo esclerose nodular é o mais comum e é mais prevalente em adultos jovens.

P n.º 2575

Mieloma Múltiplo – um caso clínico fraturante

Mafalda Neves(1);Beatriz Ribeiro(1);Pedro Abreu(1);Raquel David(1);Catarina Forra(1);Rui Parente(1);Pedro Leite Vieira(1);Paula Paiva(1);Alexandre Louro(1);Paulo Costa(1);João Gabriel(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
O mieloma múltiplo (MM) caracteriza-se pela proliferação neoplásica de plasmócitos produtores de imunoglobulinas e representa cerca de 10% das neoplasias hematológicas. As manifestações clínicas decorrem da infiltração plasmocitária e da deposição de cadeias leves. A sigla CRAB representa as principais características: hiperCalcemia, lesão Renal, Anemia e lesões ósseas (Bone). A apresentação clínica muitas vezes inespecífica torna o diagnóstico desafiante. Este caso demonstra como uma lombalgia persistente pode encerrar um diagnóstico mais complexo.
Caso clínico
Mulher de 55 anos, autónoma, com antecedentes de osteoporose. Observada no Serviço de Urgência (SU) por dorso-lombalgia constante, agravada com o movimento, intensidade 9/10 e limitação funcional com vários meses de evolução, sem trauma associado e sem alívio significativo com analgesia. Em ressonância magnética da coluna dorsal, realizada 6 meses antes, apresentava fraturas osteoporóticas de D7, D8, D11 e D12.
Analiticamente no SU, apresentava “de novo”: anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 10.3 g/dL); creatinina 2.12mg/dL; cálcio 17mg/dL. Imagiologiamente, a destacar, na radiografia de crânio, leso~es líticas e, na TC abdomino-pélvica, leso~es o´sseas em L5 e na bacia. Ainda no SU, iniciou ácido zoledrónico e fluidoterapia.
Durante o internamento no Serviço de Medicina Interna, o estudo etiológico adicional revelou proteinograma eletroforético sérico e urinário com pico monoclonal de cadeias leves livres k, presença de proteína de Bence Jones na urina e imunofenotipagem de aspirado medular com 54% de plasmo´citos clonais k, a confirmar o diagnóstico de MM. No 5º dia de internamento, por choque séptico com ponto de partida urinário e agravamento da função renal, foi admitida em Unidade de Cuidados Intensivos, onde realizou antibioterapia de largo espectro, suporte vasopressor e técnica de substituição da função renal.
Discussão
Com este caso, pretende-se salientar o desafio e a relevância que o diagnóstico de MM representa. A infeção é uma complicação frequente e uma das principais causas de morte, decorrente de imunodeficiência multifatorial. O prognóstico e a sobrevida depende, essencialmente do estadio da doença e das alterações citogenéticas, sendo o diagnóstico precoce essencial.

P n.º 2577

Dispneia e dessaturação após endoscopia: o que pensar?

Marta Lopes(1);Martim Bastos(1);Carolina Monteiro(1);Mafalda Duarte(1);Andreia Salgadinho(2);Rodrigo Duarte(3)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: O cianocrilato é frequentemente utilizado no tratamento de hemorragia variceal com uma taxa de sucesso no controlo de hemostase de 87-100%. Apesar de raras, as complicações incluem perfuração esofágica, infeção ou embolização. A embolia pulmonar ocorre em cerca de 1% dos casos, associando-se a factores de risco como varizes de elevado calibre, presença de shunts periesplénicos e a injeção rápida e de elevado volume da mistura.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 67 anos, com doença hepática crónica etanólica, internado por quadro de melenas e hematemeses desde há 1 semana. Apresentava anemia com Hb 5,6 g/L, tendo iniciado suporte transfusional, perfusão de octreótido e pantoprazol. Realizou endoscopia digestiva alta com varizes esofágicas e gástricas, uma delas com ponto de rotura, que foi tratada com cianoacrilato. O doente evoluiu com insuficiência respiratória nas 48 horas seguintes, tendo realizado AngioTC com várias imagens lineares densas, dispersas em ambos os pulmões, com trajectos vasculares arteriais a traduzirem embolização pelo material com lipiodol injectado, com as maiores com 2 cm de comprimento. O doente evoluiu com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e transferência para Unidade de Cuidados Intensivos. Além disto, foi realizada corticoterapia (metilprednisolona), inicialmente na dose de 40mg/dia e com posterior desmame. O doente permaneceu sob VMI durante 11 dias, com evolução favorável.
Discussão: O presente caso ilustra uma complicação rara, mas potencialmente grave associada ao uso de cianoacrilato, salientando assim a importância de um elevado índice de suspeição nos casos de insuficiência respiratória e dispneia após esta terapêutica. Nos escassos casos descritos na literatura, a terapêutica foi de suporte, com ventilação mecânica invasiva na maioria dos casos e corticoterapia. Embora não seja consensual, alguns autores sugerem anticoagulação, não tendo sido considerada neste caso atendendo ao quadro hemorrágico.

P n.º 2578

ETIOLOGIA DA EPIDERMÓLISE BOLHOSA ADQUIRIDA – CASO CLÍNICO

Ana Rubim Correia(1);Catarina Castelo Branco(1);Raquel Carneiro de Oliveira(1);Fernanda Almeida(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A epidermólise bolhosa adquirida (EBA) é uma condição rara, desconhecendo-se a sua prevalência exata. Envolve a produção de autoanticorpos contra o colagénio tipo VII e tem sido associada, mais frequentemente, a doença inflamatória intestinal. Estão ainda descritas associações a doenças hematológicas, tumores sólidos, lúpus eritematoso sistémico e diabetes mellitus.
CASO CLÍNICO: Homem de 72 anos, com cardiopatia isquémica, diabetes mellitus tipo 2 insulinotratado com atingimento de órgãos-alvo macro e microvascular, hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome demencial. Apresenta-se com lesões bolhosas e crostosas dispersas pelo tronco e membros inferiores com 6 meses de evolução, em diferentes fases de cicatrização, com evolução progressiva em forma de úlcera. Analiticamente, elevação de parâmetros inflamatórios, HgA1c 9.2% e estudo imunológico alargado negativo. Doseamento de porfirinas na urina negativo. Biópsia cutânea a documentar bolha subepidérmica com preservação de epiderme do seu teto, fibrose da derme papilar, escasso infiltrado linfóide perivascular e ligeira proliferação vascular superficial. Imunofluorescência direta com depósitos lineares de C3 e IgG na interface derme-epiderme e depósitos de C3 e fibrinogénio na parede de vasos - aspetos compatíveis com EBA. Iniciada terapêutica com dapsona, corticoterapia e imunoglobulinas, com melhoria parcial do quadro. Efetuada tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica para exclusão de doença neoplásica, a sugerir espessamento difuso da bexiga. Biópsia vesical a documentar carcinoma urotelial invasor de alto grau. Decidido tratamento sintomático exclusivo em consulta de grupo oncológico. O doente evoluiu desfavoravelmente com várias intercorrências durante o internamento, tendo vindo a falecer.
DISCUSSÃO: Uma vez que a EBA é uma doença rara, as condições associadas poderão não estar todas descritas. Admitimos que este caso de EBA possa ter surgido como síndrome paraneoplásico por neoplasia urológica ou associada a diabetes mellitus com mau controlo metabólico.

P n.º 2579

Escabiose: causa incomum de prurido crónico

Inês Clara(1);Inês Furtado(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A escabiose é uma infestação cutânea causada pelo ácaro sarcoptes scabiei. Manifesta-se por erupções cutâneas típicas e com uma distribuição característica. É uma condição facilmente tratada quando devidamente diagnosticada.
Apresenta-se um caso de uma mulher de 61 anos, autónoma e com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico desde 2002. Apresentava prurido intenso e generalizado, associado a lesões eritemato-descamativas em resolução dispersas pelos membros superiores e inferiores com mais de um ano de evolução na consulta externa de doenças autoimunes. Refratário à terapêutica de primeira linha. Foi realizado estudo extenso para as principais causas de prurido, nomeadamente autoimune, farmacológica (com suspensão de fármacos potenciais causadores), tóxica, reativa e infeciosa, não se tendo encontrado a etiologia. Foi efetuada biópsia das lesões supracitadas que revelou achados de cascas de ovo e estruturas de sarcoptes scabiei na camada córnea da pele e presença de infiltrado inflamatório com eosinófilos. A doente iniciou tratamento dirigido à escabiose com resolução total do quadro.
Este caso salienta a importância de considerar a escabiose no diagnóstico diferencial destas situações clínicas mesmo na presença de temporalidade ou manifestações cutâneas não clássicas.

P n.º 2581

SÍNDROME DE INFUSÃO DO PROPOFOL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE RABDOMIÓLISE MACIÇA

Beatriz Barata(1);Rui Caetano Garcês(2);Raquel Avelãs Cavaco(2);Luís Bento(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O Síndrome de Infusão do Propofol (PRIS) é uma complicação que pode ocorrer em doentes críticos sedados sob altas doses de propofol. Embora o seu mecanismo patofisiológico ainda seja mal compreendido, sabemos ser caracterizado por acidose metabólica, rabdomiólise e alterações electrocardiográficas, que podem surgir de forma isolada ou em combinação com múltiplas outras manifestações secundárias.
Apresentamos o caso de um jovem de 24 anos admitido em Unidade de Cuidados Intensivos no contexto de politrauma, sedado e analgesiado sob propofol, midazolam e fentanil. Vários dias após a admissão e estabilização inicial, surge quadro de rabdomiólise acompanhada de acidose metabólica hiperlactacidémica. Ao longo dos dias seguintes assiste-se a um agravamento sustentado com valores de CK acima de 800.000 U/L, evidência analítica de lesão renal e hepática agudas, assim como hipercalemia; apresentava ainda alterações electrocardiográficas de novo com elevação do segmento ST não explicadas por isquemia.
Perante suspeita de iatrogenia, e após exclusão de outras causas possíveis, foi suspensa toda a sedoanalgesia e iniciou técnica de substituição renal. Verificou-se evolução clínica e laboratorial favorável, com estabilização hemodinâmica, normalização iónica, do valor de CK e do perfil hepático. Foi possível descalar o nível de cuidados até enfermaria, sem intercorrências a serem destacadas.
O PRIS é uma complicação com elevada mortalidade e que está associado não apenas ao ritmo de perfusão do propofol mas também ao seu uso prolongado, tendo cada vez mais importância a dose cumulativa. É preferível utilizar doses mais baixas em combinação com outros sedativos, e monitorização apertada do doente. Deve manter-se um elevado nível de suspeição em casos de rabdomiólise ou acidemia metabólica sem outra etiologia alternativa; o tratamento consiste na suspensão imediata da perfusão e terapêutica de suporte.

P n.º 2585

Diabetes insípida nefrogénica secundária a toxicidade por lítio

Tânia Lopes(1);Paulo Conceição(1);João Oliveira(1);Bruno Vale(1);Daniela Barroso(1);Filipa Abelha Pereira(1);Maria Rução(1);Rita Medeiros(1);Sofia Moura de Azevedo(1);Ricardo Marinho(1);Aníbal Marinho(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças renais

Introdução: A ingestão crónica de lítio pode provocar toxicidade renal com variadas formas de apresentação, sendo a diabetes insípida nefrogénica (DIN) a mais frequente. A DIN resulta da acumulação de lítio nas células principais do ducto coletor, provocando interferência na capacidade da hormona antidiurética (ADH) aumentar a permeabilidade à água. O tratamento da DIN é essencialmente de suporte e passa pela suspensão do lítio sempre que possível. Em casos refratários o amilorido é a opção de primeira linha, podendo ser também utilizados diuréticos tiazídicos.
Caso clínico: Mulher de 53 anos com psicose esquizoafetiva de longa data e sob tratamento com lítio desde os 17 anos, atualmente na dose 200mg 2 vezes por dia. Internada desde há um mês em Hospital Psiquiátrico por clínica de alteração do estado de consciência, confusão e discurso desorganizado. TC cerebral e estudo do líquido cefalorraquidiano sem alterações de relevo e eletroencefalograma sugestivo de encefalopatia metabólica. É transferida para a Medicina Interna por hipernatremia. À admissão encontrava-se lentificada, mas capaz de cumprir ordens simples, e com discurso incompreensível. Do estudo realizado a destacar: sódio de 167mmol/L, densidade urinária 1,010, osmolalidade urinária 337mOsm/kg, sódio urinário 37mmol/l, osmolalidade plasmática calculada 349mOsm/kg e doseamento de lítio 0,90 mmol/L. Realizou trial com desmopressina, mas sem melhoria da natremia, pelo que foi assumida DIN no contexto de tratamento crónico de lítio. Foi suspenso o tratamento com lítio e foi iniciada hidratação com água por sonda nasogástrica e fluidoterapia, mas sem resposta significativa. Assim, decidido iniciar tratamento com amilorido e hidroclotiazida com melhoria progressiva da natremia até valores normais.
Discussão: O carbonato de lítio é um fármaco extensamente utilizado no tratamento de patologia psiquiátrica, mas tem um estreito intervalo terapêutico. Assim, este caso relembra-nos a necessidade de monitorização regular da sua concentração sérica e do aparecimento de eventuais sintomas e sinais de toxicidade e demonstra a utilidade do amilorido e dos diuréticos tiazídicos em casos que não respondem à hidratação.

P n.º 2589
Endocardite por Staphylococcus caprae - um agente raro
Rui Pedro Ribeiro(1);Filipa Neto(2);Ana Luísa Pinhal(1);Ana Toste(1);Ana Faceira(1);Luís Nogueira Silva(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE (2) IPO Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A endocardite de válvula nativa é uma condição clínica pouco comum e muito menos frequentemente causada por Staphylococcus coagulase-negativo em indivíduos sem dispositivos cardíacos implantados.
Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 70 anos, com insuficiência mitral grave não intervencionada conhecida, apresentou-se no SU com um quadro de astenia com um mês de evolução e febre na última semana. Não apresentava material protésico, imunossupressão conhecida, nem contacto com animais. No SU foram colhidas hemoculturas e a doente ficou internada para estudo de síndrome constitucional. Alguns dias após a admissão em enfermaria foram conhecidos os resultados das hemoculturas, tendo sido isolado um Staphylococcus caprae. Assim, foi adicionada flucloxacilina à antibioterapia empírica previamente instituída (vancomicina). Realizou ecocardiograma transesofágico que mostrou um espessamento do folheto anterior da válvula mitral sugestivo de endocardite. A doente veio a ser intervencionada cirurgicamente, com substituição valvular. Posteriormente, com evolução clínica favorável, tendo cumprido 4 semanas de antibioterapia eficaz após primeiras hemoculturas negativas.
Conclusão: A gestão de infeções valvulares são, por si só, um desafio; a este, acresce uma maior dificuldade quando são por agentes raros e, portanto, com uma evolução clínica pouco clara.

P n.º 2591
A importância da história clínica e exame objectivo
Daniela Filipa Sousa Viana(1);Ana Sofia Alves(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

A hipercalcemia apresenta-se normalmente de forma indolente, sendo o hiperparatiroidismo primário a etiologia mais comum, seguido pelas neoplasias. Hipercalcemias mais graves (cálcio > 15mg/dl) requerem sempre estudo de neoplasia oculta, dado as outras etiologias normalmente não cursarem com valores tão altos.
Homem de 44 anos, autónomo, com antecedente de fratura do 3° dedo da mão esquerda não traumática, há´ 2 meses. Com múltiplas recorrências ao Serviço de Urgência (SU) por lombalgia incapacitante, com irradiação para o membro inferior esquerdo, sem história de trauma. Volta ao SU por lombalgia, na exploração da história clínica objectiva-se perda ponderal 5kg em 1 mês, além de adenomegalias cervicais e hipersudorese noturna com 2 meses de evolução que o doente desvaloriza. Analiticamente com leucocitose e neutrofilia, PCR de 15pg/dl, lesa~o renal aguda (Creatinina 4,2 mg/dl) e hipercalcemia grave (17 mg/dl). O doente realizou um TC toraco-abdomino-pe´lvico que revelou múltiplas adenopatias cervicais, torácicas, mediastínicas, axilares, lombares e inguinais, e metastizac¸a~o óssea lítica extensa. É

internado sob monitorização contínua por encurtamento do intervalo QT, iniciou fluidoterapia intensiva, com resposta parca, necessitando de realizar corticoterapia, pamidronato e denosumab para normalização do cálcio sérico. Inicialmente foi colocada a hipótese de síndrome linfoproliferativa, mas após estudo etiológico exaustivo, a anatomia patológica de biopsia de gânglio cervical revela Carcinoma epidermoide pouco diferenciado, sendo transferido para o serviço de oncologia para quimioterapia não dirigida. Finalmente a PET identifica neoplasia primária do pulmão, justa hilar com 35x25mm. O doente não respondeu à quimioterapia, acabando por falecer em 2 meses. A hipercalcemia associada a neoplasia é um sinal de mau prognóstico, associado a uma sobrevida média de 2-3 meses e mortalidade hospitalar de 6,8%. Na maioria dos casos as neoplasias são clinicamente evidentes, neste caso foi um desafio o diagnóstico da neoplasia primária.

P n.º 2600

Trombocitopenia induzida pelo circuito de diálise

Rui Pedro Ribeiro(1);Diana Martins Fernandes(1);Helena Reis(1);José Ferreira Pestana(1);Ana Faceira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombocitopenia induzida pela heparina constitui uma complicação grave da exposição ao fármaco, que pode ocorrer independentemente da via ou dose administrada. Pela elevada mortalidade associada, esta requer um reconhecimento e intervenção precoces para evitar potenciais desfechos fatais.
Caso Clínico: Um doente do sexo masculino, 74 anos, com doença renal crónica estadio 5 sob terapêutica de substituição da função renal (TSFR), apresenta-se no Serviço de Urgência, três semanas após início de hemodiálise, com edema assimétrico do membro inferior direito. Foi objetivada trombose da veia ilíaca externa e veia ilíaca comum e, analiticamente, apresentava trombocitopenia de novo (78 x 10^9/L, face a valor de 186 x 10^9/L cerca de 10 dias antes). Do estudo subsequente, destaca-se anticorpo anti-PF4 positivo. Foi excluída etiologia neoplásica, tendo-se associado trombocitopenia induzida pela heparina usada no circuito de hemodiálise. Iniciou argatroban e manteve programa regular de TSFR sem heparinização, com normalização da contagem plaquetária (198 x 10^9/L, seis dias após iniciação do fármaco).
Conclusão: O presente caso reforça a importância da colheita adequada história que nos permite estabelecer a cronologia de eventos que conduz ao evento índice e as particularidades da gestão da hipocoagulação, num doente com trombocitopenia induzida pela heparina. A reintrodução da varfarina deve ocorrer apenas após a normalização das contagens plaquetárias.

P n.º 2606

Tromboembolismo pulmonar no Serviço de Urgência – Importância da ecografia point-of-care

Elisabete Brum de Sousa(1);Luis Reis(2);Daniela Guerreiro Carneiro(1);Miguel Martins(1);João Alves Teixeira(1)
(1) CHULC – H Capuchos (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma causa significativa de mortalidade cardiovascular. Apesar dos avanços em técnicas de diagnóstico e terapêutica, o seu diagnóstico atempado continua a ser difícil, quer pela inespecificidade semiológica, quer pelo tempo que medeia a agilização de métodos de diagnóstico laboratoriais e imagiológicos. Perante TEP com instabilidade hemodinâmica, a ecografia point-of-care é uma importante arma complementar de diagnóstico e estratificação de risco para início de terapêutica emergente.
Apresentamos o caso de uma mulher de 43 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com quadro de dispneia a pequenos esforços e toracalgia anterior com uma semana de evolução. Tinha antecedentes de polipose endometrial e estava medicada com anticoncecional oral. À avaliação, apresentava polipneia, spO2 90%, FC 120bpm e TA:105/77mmHg. Do estudo inicial constatou-se hipoxémia e hipocápnia na gasimetria arterial; laboratorialmente, elevação de d-dímero (3141µg/L) e troponina (49pg/mL); taquicárdia sinusal e padrão S1Q3T3 no ECG. A AngioTC-Torácica revelou TEP central bilateral. O quadro evoluiu com instabilidade hemodinâmica e agravamento da hipoxémia. O ecocardiograma transtorácico point-of-care identificou aumento das dimensões do ventrículo direito com D-shape, sinal de McConnell e desvio do septo interventricular. Perante a evolução clínica e achados em ecocardiograma, com sinais de sobrecarga do ventrículo direito, a doente foi submetida a fibrinólise, sem intercorrências. No estudo complementar não foram identificados outros factores pró-trombóticos, nomeadamente neoplasias, para além do uso do anticoncecional oral. A doente teve alta ao 10º dia de internamento com bom estado geral, sob anticoagulação oral, encaminhada para seguimento em consulta de Medicina Interna. Seis meses após alta hospitalar, na reavaliação por ecocardiograma descritivo, apresentava boa função sistólica global e ausência de hipertensão pulmonar.
Este caso ilustra a importância do diagnóstico atempado de TEP, bem como da sua estratificação de risco. A utilização da ecografia point-of-care, nomeadamente no SU, proporciona ao internista uma forma rápida e não invasiva de identificação de sinais de gravidade associados ao TEP, necessários para a abordagem terapêutica destes doentes.

P n.º 2608

Complicações da Vacinação SARs-CoV-2

Daniela Filipa Sousa Viana(1);Joana Subtil(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Filipe Mantins(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

O exercício da medicina é e sempre será acompanhado por uma margem de risco que lhe é inerente. Assim é importante estarmos familiarizados com os efeitos secundários e complicações nas nossas prescrições e atos médicos. Complicações cardíacas, particularmente a pericardite e miocardite tem sido associadas com a infeção e vacinação (mRNA) do SARS-CoV-2.
Homem de 56 anos de idade, autónomo. Antecedentes de dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Recorre ao SU por anorexia, náuseas e vómitos aquosos, acompanhado de mialgias, astenia e tosse seca com 1 semana de evolução, iniciados após a segunda dose da vacina Spikevax. Objetivamente apresentava crepitações basais e edemas periféricos. Analiticamente com citolise (AST 4500U/L, ALT 2000U/L e GGT 494U/L) e Pro BNP de 2250 pg/mL. Ecocardiograma: disfunção severa da função ventrículo esquerdo, com fração de ejeção de 21% e derrame pericárdico de pequeno volume. Do estudo etiológico (marcadores de necrose cardíaca, autoimunidade, serologias víricas e TC Tórax sem mais alterações). Realiza ressonância magnética (RMN) cardíaca que demonstra: “Depressão moderada da função sistólica do ventrículo direito. Fibrose de etiologia não isquémica, aparentando ser difusa, de predomínio nos segmentos basais do ventrículo esquerdo. Estes achados podem corresponder a miocardite”. Iniciou terapêutica modificadora de prognostico e diurético de ansa, com melhoria clínica e analítica. Foi admitido diagnóstico de miocardite secundária à vacina contra o SARs-CoV-2. Teve alta para seguimento em consulta de insuficiência cardíaca. A reavaliação por RMN cardíaca demonstrou melhoria da função, acompanhada de melhoria clínica, permitindo o desmame de diurético, mantém seguimento em consulta.
Miocardite pós vacinação é uma complicação rara, mais comum em homens jovens, normalmente associados a um curso indolente e autolimitado, assim apesar deste caso ter uma apresentação mais grave, os benefícios da vacinação continuam a superar os riscos.

P n.º 2619

Neoplasias – Quando o raciocínio é de fora para dentro

Ana Carina Baldino(1);Patrícia Serpa Soares(1);José Vaz(1);Paulo César(1);Ana Rita Rocha(1);Mariana Nápoles(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: De uma forma geral, as neoplasias podem estar associadas a diversas síndromes paraneoplásicas, sendo uma delas a dermatose. As dermatoses paraneoplásicas correspondem a manifestações não malignas de neoplasia, por vezes ainda por diagnosticar. Sabe-se ainda que diferentes dermatoses estão associadas a diferentes tipos de neoplasias, mas nem sempre se consegue estabelecer essa relação.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 75 anos, que recorreu ao SU por lesões cutâneas puntiformes, eritematosas, pruriginosas inicialmente no tronco com dispersão para a restante superfície corporal, sem envolvimento de palmas e plantas. A doente verificou ainda edema periférico e aumento do volume abdominal, com cerca de 3 semanas de evolução. À admissão apresentava lesões cutâneas como anteriormente descritas, abdómen globoso com presença de sinal de onda líquida e edema dos membros inferiores. Dos exames realizados em urgência destaca-se a ecografia abdominal a relatar ascite de grau moderado com líquido não puro. Foi realizada paracentese diagnóstica e evacuadora com drenagem de líquido turvo sugestivo de carcinomatose/infeção. Internou-se no serviço de medicina interna para investigação etiológica. Durante a permanência no serviço de internamento a doente apresentou regressão lenta das lesões e realizou TC-tóraco-abdomino-pélvica que evidencia "...espessamento dos folhetos peritoneais e densificação da gordura, traduzindo ascite complexa e eventualmente carcinomatose ...", exames endoscópicos sem evidência de neoplasia e biópsia das lesões cutâneas também sem alterações específicas. Foi ainda realizado exame citológico do líquido ascítico colhido, sendo diagnosticada neoplasia de origem ginecológica (endométrio). Posteriormente a doente teve alta orientada para a Oncologia e iniciou quimioterapia.
Discussão: A importância do reconhecimento de uma síndrome paraneoplásica, reside no facto de possibilitar o diagnóstico de uma neoplasia, em doentes que muitas vezes ainda não têm manifestações da mesma. Assim, o reconhecimento de uma dermatose paraneoplásica é uma "arma" de orientação clínica.

P n.º 2622

Endocardite subaguda – a grande simuladora?

Nazar Ilchyshyn(1);Inês Cruz(1);Ana Catarina Gomes(1);Hélder Pereira(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A endocardite infeciosa pelo grupo Viridans, por ter curso subagudo, torna o diagnóstico precoce difícil, agravando o prognóstico.
Caso clínico: Masculino, 72 anos, fatores de risco cardiovascular e antecedentes de fibrilhação auricular medicada.
Admitido por quadro de confusão mental e febre, sob antibioterapia por celulite cutânea diagnosticada na véspera. Associadamente, apurou-se um quadro de alguns meses de evolução de astenia, perda ponderal e anemia, tendo realizado estudo endoscópico e TC corpo, que apenas revelou esplenomegália. A destacar à observação, confusão mental, sem sinais focais, auscultação cardíaca arrítmica, sem sopros.
Estudo analítico com anemia e aumento dos parâmetros inflamatórios. TC cranioencefálica (CE) com lesão isquémica parietotemporal direita, componente de transformação hemorrágica e hiperdensidade punctiforme adjacente, sugestiva de trombo. Hemoculturas com isolamento de Streptococcus Gordoni. O ecocardiograma transesofágico revelou vegetações aorto-mitrais a condicionar insuficiência aórtica grave, insuficiência mitral moderada e pseudo-aneurisma da fibrosa mitro-aórtica. Iniciou antibioterapia dirigida e foi internado para estudo etiológico.
Seguidamente, realizou TC CE seriada para controlo evolutivo da lesão hemorrágica, revelando uma delas lesão abcedada parietotemporal direita com 2 cm de diâmetro (território da lesão isquémica) e aneurisma micótico adjacente, tratando-se de provável complicação embólica séptica. Dado apresentar periodontopatia grave, assumiu-se este como provável foco séptico.
Discussão: Quadro consumptivo arrastado, deficitária higiene oral, manifestação inaugural como AVC embólico séptico, complicações valvulares, embora sem sopro cardíaco, são manifestações características de endocardite subaguda, dificultando o diagnóstico atempado prévio à ocorrência das complicações sistémicas.

P n.º 2624
Uma MALA, dois destinos diferentes
João Carlos Oliveira(1);Catarina Gama(1);Margarida Ribeiro(1);Francisca Dâmaso(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO:
A Acidose Metabólica associada à Metformina (MALA) é uma complicação rara e grave desta terapêutica, caracterizando-se por insuficiência renal aguda, acidose láctica grave e concentrações plasmáticas elevadas de metformina. As manifestações clínicas mais frequentes são gastrointestinais. O diagnósito e instituição de terapêutica precoces são essenciais para um prognóstico e evolução clínica favoráveis. Apresentam-se dois casos clínicos que pretendem ilustrar o seu largo espectro de gravidade.
CASOS CLÍNICOS:
Mulher, 76 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, sob Metformina 1000mg 2x/dia, Cardiopatia isquémica, Hipertensão Arterial. Encontrada inconsciente, apresentando-se em periparagem, bradicardíaca, hipotensa e hipoglicémica, à chegada da equipa de emergência. Apurou-se quadro de mal-estar, vómitos e diarreia nos dois dias prévios. À admissão no Serviço de Urgência, doente com necessidades crescentes de noradrenalina. Gasimetricamente com acidose metabólica com hiperlactacidemia: pH 6.8, HCO3- 8.9mmol/L, Lactato 14.1mmol/L. Analiticamente, disfunção renal com creatinina 7.84mg/dl. Manteve deterioração clínica, sem resposta às medidas de suporte de órgão, com agravamento da acidose metabólica e hiperlactacidemia (pH 6.8, HCO3- 7.2mmol/L, Lactato 23mmol/L), acabando por falecer.
Mulher, 79 anos, com antecedentes de Doença Renal Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2 sob Metformina 1000mg 3x/dia, Hipertensão Arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cansaço a pequenos esforços com meses de evolução e agravamento súbito. Gasimetricamente, acidemia metabólica com hiperlactacidemia: pH 7.25; HCO3- 13.3mmol/L, Lactato 7.2mmol/L. Analiticamente, anemia microcítica hipocrómica e agravamento da função renal (creatinina 4mg/dl). Realizou suporte transfusional, carboximaltose férrica e fluidoterapia. Com normalização da função renal para valores basais, verificou-se resolução da acidose lática.
DISCUSSÃO:
Estes casos demonstram como esta entidade pode evoluir de forma antagónica. A evicção criteriosa da metformina em doentes com contraindicações/comorbilidades, bem como a sua suspensão temporária em contexto de intercorrência aguda pode prevenir o seu desenvolvimento.

P n.º 2625

Síndrome de Pancoast: Case report

João Alves Teixeira(1);Elisabete Brum Sousa(1);Pedro Mesquita(1);Carlota Lalanda(1);Inês Urmal(1);Beatriz Barata(1);Jorge Frade(1);Manuel Albuquerque(1);Ana Catarina Pereira(1);Maria Rebelo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
O síndrome de Pancoast é o conjunto de sinais e sintomas secundários ao comprometimento pulmonar derivado de um tumor do sulco superior, ou tumor de Pancoast. Clinicamente, apresenta-se com dor no ombro, região supra-clavicular e na distribuição do nervo cubital, podendo ainda se apresentar com associação ao síndrome de Horner. A ocorrência deste síndrome é rara, estimando-se uma incidência de 5/100.000 pessoas.

Caso:
Doente de 62 anos, sexo masculino, antecedentes de cardiopatia isquémica com doença de 3 vasos e de HIV 1 sob dalutegravir e lamivudina, com carga viral negativa e CD4+ >400.
Quadro com cerca de 2 semanas de evolução caracterizado por dor intensa ao nível do ombro direito. Teria já realizado em ambulatório EcoDoppler do membro superior que destacou "trombose venosa profunda do eixo subclávio-axilar direito totalmente oclusivo ao nível da veia subclávia e parcialmente oclusivo ao nível da veia axilar com trombo hipercogénico revelando processo subagudo.
Internado para estudo etiológico, realizou angioTC torácica onde se identificou lesão pulmonar sugestiva de malignidade a nível do lobo superior direito associada a nódulos mediastínicos, tendo realizado ainda RMN-CE com “(...)lesão mesencefálica centrada à placa quadrigeminal/vermiana superior” e PET-TC com “(...) massa 6.5/4.5/8mm a nível de LSD, não se excluindo invasão de costela (...) massa sugestiva de metastização na suprarrenal direita”
Realizou biópsia de nódulo paratraqueal por EBUS, com diagnóstico de Carcinoma de pequenas células.
Decidida em reunião multidisciplinar terapêutica sistémica limitada pela doença cardíaca, pelo que se encontra a realizar Radioterapia externa.

Conclusão:
Os tumores de Pancoast são entidades raras que podem apresentar um painel sintomático típico e que deve motivar a suspeita clínica deste.
Menos de 50% dos doentes têm tumor ressecável cirurgicamente à data de apresentação, pelo que o diagnóstico e estadiamento atempado é de vital importância.

P n.º 2629

A Ansiedade da Miastenia Gravis

MARGARIDA DIAS AGUDO GOMES NETO(1);Antonio Eliseu(1);Francisca Saraiva Santos(1);Pedro Carreira(1);Susana Marques(1);Pedro Freitas(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A Miastenia Gravis é uma patologia neuromuscular com afecção para formação de anticorpos contra os receptores de acetilcolina conduzindo à destruição dos mesmos e que se traduz em fraqueza muscular. Deste modo, o espectro de fármacos que pode ser utilizado sem conduzir ao agravamento do quadro clinico, pela sua interferência nestes receptores, é diminuto. Este facto constitui um desafio na gestão de co morbilidades e intercorrências nesta patologia.
Caso Clinico: Mulher, 82 anos, hipertensa e com sindrome ansioso depressivo, iniciou quadro de ptose, disartria, cansaço e falta de força generalizada com flutuações e 2 meses de evolução. Foi assumida crise miasténica e iniciada terapêutica com imunoglobulina e corticoterapia sistémica e internada em unidade de cuidados intermédios. Durante a permanência na unidade, a doente exibiu episódios de ansiedade e agitação psicomotora severas e para qual foi iniciada perfusão de dexdor com posterior titulação de dose. Por necessidade de realizar terapêutica complementar sedativa foi administrada toma oral de haloperidol com consequente episódio de paragem cardio respiratória. Após reversão objectivou-se taquicardia ventricular tendo-se iniciado controlo de frequência com amiodarona com melhoria. Com o fim da imunoglobulina foi instituída piridostigmina com progressiva recuperação clinica e consequente diminuição dos episódios de agitação psicomotora e redução progressiva da perfusão de dexdor até a sua cessação.
Discussão: A Miastenia Gravis constitui um desafio ao manejo farmacológico. Apesar de existirem descrições na literatura sobre quais os fármacos com menos malefícios, estas premissas nem sempre são aplicáveis. Deste modo, a prescrição farmacológica deve ser realizada com prudência. Por outro lado, constitui uma boa oportunidade para inovar a aplicação farmacológica de sedativos utilizados em unidades de cuidados intensivos, traduzindo-se numa melhoria clinica com segurança.

P n.º 2632

Meningococemia Fulminante, um diagnóstico raro e devastador

Dinis Sarmento(1);Hugo Pinheiro(1);Ana Pacheco(1);Ana Filipa Silva(1);Anabela Silva(1);Rafael Silva(1);Maria José Fernandes(1);Gloria Cabral Campello(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A meningococemia é uma condição cada vez mais rara em países desenvolvidos devido aos programas de vacinação em idade pediátrica, mas anualmente são descritos surtos desta doença que se mantém associada a uma elevada mortalidade e morbilidade.
Mulher de 69 anos, moradora em meio rural, sem seguimento médico habitual, sem antecedentes conhecidos. Admitida na sala de emergência por alteração do estado de consciência (prostração que rapidamente evolui para coma), referência a quadro prévio de cefaleias, vómitos com 16 horas de evolução. Objetivamente apresentava-se hipotensa, taquicardica e com várias ptequias violácea, coalescentes que evoluíram para um quadro de purpura fulminante. Da investigação destaca-se bicitopenia, lesão renal aguda e aumento dos parâmetros inflamatórios, gasometria com insuficiência respiratória aguda associada acidose metabólica por hiperlactacidemia. Tomografia computorizada cerebral e toracoabdominopélvica contrastada a excluir causa central e outras alterações de relevo. Pesquisa de COVID19 negativa. Realizada punção lombar com líquido cefalorraquidiano (LCR) água de rocha com seis células, proteínas no limite superior do normal e sem consumo de glicose. Colheu rastreio microbiológico e iniciou empiricamente ceftriaxona e doxicilina. Internada no serviço de Medicina Intensiva com o diagnóstico de choque séptico com ponto de partida não esclarecido e disfunção multiorgânica. Às 24 horas hemocultura com isolamento de N.meningitidis. Cultura de LCR estéril. Apesar da antibioterapia dirigida e suporte de órgão extensivo (fármacos vasopressores em dose elevada, ventilação mecânica invasiva, técnica de substituição renal continua) a doente evoluiu desfavoravelmente tendo falecido num período de 48h.
A meningococciemia fulminante é uma emergência médica, no qual o início imediato de antibioterapia e o suporte de órgão são, neste momento, as únicas medidas disponíveis para melhorar o prognóstico destes doentes.

P n.º 2633

Derrame pericárdico como manifestação inicial de Neoplasia do Pulmão

Soraia Pinho Duarte(1);Bárbara Lemos(1);Mauro Gomes Marques(1);Ana Cláudia Cunha(1);Luís Luz(1);Ana Ferrão(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: A neoplasia do pulmão está mais frequentemente associada a metastização hepática, cerebral e óssea. São também comuns as síndromes paraneoplásicas, sendo as mais comuns a Síndrome de Excreção Inapropriada de Hormona Antidiurética (SIADH) e a Hipercalcémia. Contudo, existem síndromes paraneoplásicas e locais de metastização mais raros como é o caso do pericárdio. Descrevemos o caso de um doente onde o derrame pericárdico em pré-tamponamento constituiu a manifestação inicial de um adenocarcinoma do pulmão.
CASO CLÍNICO: Homem, 77 anos, autónomo, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidémia foi admitido no Serviço de Urgência por dor retroesternal em aperto com irradiação dorsal com 24 horas de evolução, associada a dispneia e diaforese. No eletrocardiograma não apresentava sinais de isquémia aguda e do estudo analítico apenas a destacar D-dímeros elevados. Realizou Angio-TAC de tórax que revelou derrame pericárdico e conglomerado adenopático subcarinal. Por instabilidade hemodinâmica, foi observado pela Cardiologia que realizou pericardiocentese com saída de líquido serohemático, sem isolamento de agente e sem células características de malignidade. Realizou TAC de Tórax de reavaliação, que mais uma vez não revelou nódulos suspeitos, pelo que as adenopatias subcarinais foram abordadas por broncofibroscopia. O estudo imunohistoquímico revelou-se positivo para adenocarcinoma primário do pulmão. O doente foi orientado para consulta Pneumologia Oncológica com o estadiamento de TxN3M1c e iniciou quimioterapia.
CONCLUSÕES: A neoplasia pulmonar está por vezes associada ao envolvimento do pericárdio, sendo este o tumor primário que mais frequentemente se associa a esta manifestação, seguido da neoplasia da mama. Este envolvimento, como primeira manifestação de um tumor primário do pulmão ou como primeiro sinal de metastização é raro. Um estudo etiológico alargado permite um diagnóstico e inicio de terapêutica mais precoce.

P n.º 2643

Síndrome febril de etiologia indeterminada, e agora?

André Macedo Ribeiro(1);Ana Sofia Alves(1);Ana Maria Carvalho(1);Pedro Almeida(1);Sofia Perdigão(1);Catarina Coelho(1);Marta Rodriguez(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças raras

Introdução: A Doença de Still no Adulto é uma doença inflamatória sistémica, incomum, caracteriza-se por febre, artralgias, hiperferritinemia e exantema maculopapular. A etiologia permanece desconhecida e o diagnostico é de exclusão.
Caso Clínico: Homem de 60 anos, autónomo, residente em meio rural, com antecedentes de hipertensão arterial, prostatectomia total em 2019. Recorre à urgência por febre intermitente de uma semana de evolução com aparecimento exantema maculopapular disperso no tronco; teve contato com animais rurais, sem referência a outros sintomas. Colheu rastreio séptico e análises com aumento parâmetros inflamatórios, iniciou ceftriaxone + doxiciclina empíricos na presunção de zoonose e admitido para estudo. Cumpriu 5 dias de antibioterapia com persistência da febre e rastreios séticos negativos. Análises: leucocitose (11 490) com neutrofilia 87.2%, PCR 15,68 mg/dl, PCT 0.5, AST 60 U/L, ALT 90 U/L, VS 65 mm/1ªh, Ferritina 2665, haptoglonina 508, consumo completo com ANA, ANCA, AAF, FR, anti-CCP, AAF e rastreio anas negativo. Serologias e marcadores víricos, IGRA, ECA, marcadores tumorais, sífilis, borrelia, brucela, leptorspira e painel de zoonoses negativos. Eletroforese policlonal com imunoglobulinas normais. Ecocardiograma: pequeno derrame pericárdico. AngioTC toráx: sem tromboembolismo e mínimo derrame pleural bilateral. Endoscopia alta e baixa sem alterações. PET/TC com captação em gânglios linfáticos, paratraqueias em contexto inflamatório. Foi assumido diagnóstico de provável Doença de Still do Adulto 5 critérios de Yamaguchi 1992 (2 major 3 minor), iniciou AINE's. Evolui com apirexia sustentada e melhoria dos marcadores de inflamação.
Discussão: Na presença de um doente com síndrome febril indeterminada, além das causas infeciosas e neoplasias mais frequentes, deve-se considerar as mais raras com as autoimunes. A referir a excelente resposta a AINE's que está documentada em 15-20% dos casos.

P n.º 2645

Hipertensão arterial secundária – um caso de hiperaldosteronismo primário

Elisabete Brum de Sousa(1);Maria do Mar Menezes(2)
(1) Centro hospitalar universitário de Lisboa central Hospital santo António dos capuchos (2) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças cardiovasculares

O hiperaldosteronismo primário é uma das causas mais frequentes de hipertensão arterial secundária e está associado a uma elevada taxa de lesão de órgão alvo e complicações cardiovasculares.
Apresentamos o caso de um homem de 41 anos de idade, melanodérmico, admitido no Serviço de Urgência com 1h de evolução de hemiparesia esquerda e alteração da acuidade visual, com TA 220/140mmHg e ECG em ritmo sinusal. Para além do consumo ativo de tabaco e cannabis, não eram conhecidos outros antecedentes médicos.
A angio-TAC de crânio demonstrava hematoma esponta^neo nucleobasal direito sem alterações vasculares e a oftalmoscopia revelava retinopatia hipertensiva grau 4 bilateral. Laboratorialmente, salientava-se hipocaliemia (K+2,9mmol/L) e lesão renal de tempo indeterminado (creatinina 7,32mg/dL, ureia 120mg/dL).
Do estudo adicional realizado constatou-se hiperaldosteronismo (67,40 ng/dL) com elevação do ratio aldosterona/renina (37.2), e hiperplasia da glândula supra-renal esquerda na AngioTC-abdominal.
Após exclusão de outras causas de hipertensão arterial secundária, o diagnóstico de hiperaldosteronismo primário secundário a hiperplasia das glândulas supra-renais foi admitido. A tensão arterial foi controlada com 3 classes de fármacos distintas (bloqueadores dos canais de Ca2+, beta-bloqueantes e alfa-agonistas), assistindo-se a progressiva melhoria dos défices neurológicos.
Embora não houvesse melhoria da função renal, não houve necessidade de início de diálise urgente, possibilitando a preparação do doente para diálise peritoneal, ficando igualmente diferidos a realização do cateterismo das artérias supra-renais para avaliação de lateralização, bem como de terapêutica com inibidores dos receptores mineralocorticóides.
Este caso ilustra os efeitos deletérios cardiovasculares da hipertensão arterial secundária subdiagnosticada, sendo o seu diagnóstico e tratamento atempados as principais ferramentas na prevenção da lesão de órgão alvo associada.

P n.º 2647

Neutropenia e febre: causa ou consequência?

MIGUEL COSTA(1);Isabel Tarrio(1);Patrício Sobrosa(1);Rita Mota(1);Sofia Ferreira(1);Cátia Diogo(1);Nuno Morais(1);Pedro Moura(1);José Caldeiro(1)
(1) ULSAM VIANA DO CASTELO

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A neutropenia febril (NF) define-se pela presença de febre e valor de neutrófilos <500/mm^3 ou entre 500-1000/mm^3 com tendência a baixar. Existem inúmeras causas de neutropenia (NTP) grave como toxicidade farmacológica (frequentemente quimioterapia), sépsis ou mielofibrose. A NF secundária a piperacilina-tazobactan (PTZ) é rara (~0.1%), tendo relação com a dose e tempo de tratamento. Todos os casos relatados reportam neutropenia após pelo menos 15 dias de tratamento.
CASO: Homem de 27 anos com doença de Crohn, sem seguimento desde 2020 (altura em que fez ciclo de infliximab), internado em 2022 por sépsis (à admissão com leucocitose e neutrofilia) associada a abcesso intra-abdominal submetido a drenagem percutânea e sob PTZ há 18 dias que mantinha e 14 dias de metronidazol, com evolução clínica e analítica favorável. Agentes microbiológicos isolados no pus e hemoculturas (HC) sensíveis à terapêutica instituída. Ao 18º dia de internamento reinicia febre associado a dejeções liquidas (1-2/dia), sem sangue ou muco; sem outra clínica focalizadora de infeção. Exame físico normal. Analises com NTP grave de novo (300/mm^3), ligeira subida de proteína C reativa (de 2 para 8mg/dL) e procalcitonina de 0.9ng/dL. Repete TC-Abdominal: resolução do abcesso e sem outras alterações de relevo. Excluído endocardite, foco infecioso urinário e respiratório. Repetiu rastreio séptico, inclusive pesquisa de toxina de clostridium nas fezes que foi negativo. Dada a suspeita de reação adversa à PTZ esta foi suspensa. Manteve antibioterapia, mas de menor espectro com amoxicilina+ácido clavulânico (iniciado de novo após suspensão de PTZ). Apirético ao fim de 24h, com recuperação paulatina da NTP (ao fim de 48h >1000/mm^3).
CONCLUSÃO: Na NF frequentemente não é identificado um foco infecioso, neste caso a translocação bacteriana a nível intestinal (facilitada na doença inflamatória intestinal) pode ser um dos mecanismos desencadeadores da febre. Neste doente, com rastreio séptico negativo, foi assumido que a causa da NTP foi a dose cumulativa PTZ (4.5g 6/6h durante 18 dias), reforçada pela sua reversão após 1-2 dias de suspensão, conforme casos descritos na literatura.

P n.º 2648
Uma causa rara de encefalopatia metabólica
Luísa Viveiros(1);Rute Sousa Martins(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças raras

Introdução
A citrulinemia tipo 1 é uma doença hereditária do metabolismo, resultante da deficiência da enzima arginino-succinato sintetase. Esta atua no ciclo da ureia, um importante mecanismo celular de eliminação da amónia. O espetro clínico é variável, podendo ocorrer de uma forma neonatal aguda, até uma forma de início tardio, mais ligeira. Sem intervenção rápida, a hiperamonémia e a acumulação de outros metabolitos tóxicos (e.g. glutamina), podem resultar no aumento da pressão intracraniana, tónus neuromuscular, espasticidade, convulsões, perda de consciência e morte. A descompensação deve ser prontamente abordada.

Caso clínico
Mulher de 18 anos, com antecedentes de citrulinemia tipo 1 e perturbação de personalidade borderline, com múltiplos comportamentos auto-lesivos. Recorre ao Serviço de Urgência por prostração, náuseas e cefaleias. Havia ingerido proteína em excesso horas antes. À admissão, prostrada, com discurso lentificado, hemodinamicamente estável. Apresentava alcalemia metabólica discreta, sem alterações hidro-eletrolíticas. Analiticamente, elevação dos níveis de amónia (124 µmol/L). Sem evidência de infeção. Assumida descompensação de citrulinemia tipo 1, com encefalopatia metabólica, por ingestão proteica excessiva voluntária. Iniciada infusão de glicose a 10%, administração de benzoato de sódio e carnitina, com restrição proteica total. A doente evoluiu favoravelmente, tendo alta no dia seguinte.

Discussão
A citrulinemia tipo 1 é uma doença rara, cuja descompensação aguda se pode associar a complicações neurológicas graves e potencialmente fatais. O tratamento agudo passa pela redução rápida dos níveis de amónia, através de fármacos sequestradores de azoto (e.g. benzoato de sódio) e reversão do catabolismo (e.g. infusão de glicose). A dieta hipoproteica é essencial.
Este caso ilustra uma doença rara e complexa, com necessidade de reconhecimento e atuação rápidos.

P n.º 2653

Sindrome de Lofgren: Apresentação aguda de um caso de Sarcoidose de Darier-Roussy

João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Sara sá(1);Tiago Ceriz(1);Elisabete Pinelo(1);Andres Carrascal(1);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A sarcoidose é uma granulomatose sistêmica de etiologia desconhecida, que se pode manifestar de forma aguda como síndrome de Löfgren (SL) em 20 %-50 % dos indivíduos. Esta síndrome caracterizada pela tríade eritema nodoso, linfadenopatias hilares bilaterais e poliartralgia ou poliartrite. A sarcoidose de Darier-Roussy (SDR) (sarcoidose subcutanea) é forma de apresentação menos comum e caracteriza-se pelo aparecimento de um ou mais nodulos granulomatosos que afeta apenas a hipoderme.
Caso clínico: Feminino 33 anos. Sem antecedentes pessoais de relevo. Antecedentes familiares: Irmão com psoriase. Medicação habitual: anti-contracetivo oral. Apresentação inicial com lesões eritematosas com enduração tipo eritema nodoso mas não dolorosas, não pruriginosas, bilaterais na extremidade distal de ambos os membros inferiores e um nodulo na região frontal de pequenas dimensões (que tinha exerese marcada por Cirurgia). Que em 1 mês evoluiu para quadro de inflamação sistémica exuberante, febre, oligoartrite, eritema nodoso e adenopatias mediastinicas, portanto assumido SL, tendo em conta a tríade clinica. No estudo realizado: CD4 aumentado (86%) com CD4/CD8 = 7.7; ANA 1/160 (padrão mosqueado). PCR para BK negativo. Sem alterações nas provas funcionais respiratórias. TC torax: expressão fibrótica residual biapical e adenopatias hilares e mediastinicas minimas. O exame histológico do nodulo frontal mostra granulomas sarcoidóticos sem necrose de caseificação; sarcoidose subcutanea. Portanto assumido SDR. A doente manteve seguimento em consulta de auto-imunes, pelos ultimos 7 anos, sem intercorrencias e sem medicação crónica.
Discussão: Ainda que o SL se considere uma variante da sarcoidose, a distinção entre estas duas entidades é de extrema importância pelas implicações no prognóstico e tratamento. Este caso é especial pelo aparecimento de uma lesão nodular frontal (extremamente rara) de facil acesso que permitiu o diagnóstico de sarcoidose subcutanea – SDR.

P n.º 2657

Falling for you – síndrome do roubo da subclávia como causa de síncopes de repetição

Ana Beatriz Barata(1);Inês Urmal(1);Manuel de Albuquerque(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Salsinha Frade(1);João Teixeira(1);Ana Catarina Pina Pereira(1);Maria Meneses Rebelo(1);Pedro Mesquita(1);Elisabete Brum de Sousa(1);Elisabete Margarido(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

O síndrome de roubo da subclávia é um fenómeno de inversão do fluxo sanguíneo na artéria vertebral, causado por oclusão proximal da artéria subclávia, comummente por fenómenos de aterosclerose. Consequentemente, o aporte sanguíneo cerebral é diminuído, podendo levar a sintomas neurológicos episódicos. O seu diagnóstico é feito através de estudo doppler e angioTC, e de acordo com a gravidade das alterações hemodinâmicas pode ser classificado em graus de 1 a 3.
Apresentamos o caso de uma mulher de 71 anos que recorreu ao serviço de urgência por episódios de síncope recorrentes nas últimas 2 semanas. Na sua generalidade desencadeados por ortostatismo, sem pródromos ou outras alterações, e com recuperação espontânea após poucos minutos. Realizou TC de crânio sem alterações. No internamento, é notado um importante diferencial na pressão arterial entre os dois membros superiores (superior a 30mmHg), assim como uma assimetria nos pulsos radial e umeral. Perante estes achados, realizou angio-TC que revelou “ateromatose cálcica do arco aórtico a envolver a emergência da artéria subclávia esquerda, associado a placa oclusiva nas porções proximal e distal da mesma artéria subclávia esquerda, com aparente oclusão total”, assim como eco-doppler que mostrou inversão completa do fluxo da artéria vertebral esquerda - compatível com síndrome do roubo da subclávia grau 3. Foram excluídas etiologias alternativas, nomeadamente causas cardíacas e arrítmicas. A doente foi encaminhada para Cirurgia Vascular e proposta para bypass carótido-subclávio.
O síndrome de roubo da subclávia é uma entidade pouco comum, mas que deve ser excluída na presença de alterações neurológicas episódicas inexplicadas. Adicionalmente, deve sempre ser suspeitada quando se identifica uma diferença significativa na pressão arterial entre os 2 braços ou na presença de sinais de má perfusão num membro superior.

P n.º 2658
Endocardite subaguda: inimigo silencioso
José Nuno de Magalhães(1);Sofia Moura de Azevedo(1);Diana Isabel Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Sara Rocha(1);Rosa Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças cardiovasculares

A endocardite subaguda constitui um subtipo de endocardite infeciosa, habitualmente provocada por microorganismos de baixa virulência e, consequentemente, com evolução indolente, representada por sinais e sintomas inespecíficos que oferecem grande desafio diagnóstico.
Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, previamente autónomo, contexto de hipertensão arterial, obesidade e patologia osteoarticular degenerativa. Admitido em internamento para estudo de quadro constitucional com 2 meses de evolução, caracterizado por astenia progressiva, anorexia, perda ponderal de 30% e deterioração do estado geral [alectuamento nas últimas semanas em doente previamente ativo]. Negava história de febre, bem como qualquer queixa focalizadora. À exceção de ligeira lentificação psicomotora e palidez da pele e mucosas, o exame objetivo inicial era irrepreensível.
Estudo inicial a revelar anemia microcítica e hipocrómica [Hb 8,3 g/dl], aumento de marcadores inflamatórios e lesão renal aguda KDIGO 3, sem obstrução no estudo ecográfico e com sedimento urinário a documentar eritrocitúria isolada, com pesquisa de dismorfia negativa. Hemoculturas colhidas à admissão com isolamento de *Streptococcus salivarius*, com pesquisa de foco por ecocardiograma transesofágico a revelar massas filamentares na válvula aórtica sugestivas de endocardite. De relevo, estudo imunológico com consumo de C3 e positividade expressiva para auto-anticorpos anti-PR3, a sugerir interpretação da lesão renal em contexto de glomerulonefrite pós-infeciosa. A instituição precoce de antibioterapia eficaz ainda antes da confirmação do diagnóstico permitiu evolução inicialmente favorável, com deterioração do quadro por infecção nosocomial crítica a COVID-19 em doente não vacinado, a culminar com óbito ao 33º dia de internamento.
O presente caso explicita o desafio diagnóstico da endocardite subaguda e a necessidade de manutenção de elevado nível de suspeição perante quadros clínicos inespecíficos.

P n.º 2660

Lesão ocupante de espaço, manifestação inicial rara de uma doença comum

Raquel Flores(1);Constança Arimateia Antunes(1);Paula Calvo(1);Graça Lerias(1);Judite Henriques(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As lesões ocupantes de espaço do sistema nervoso central podem ter inúmeras causas. Numa doente sem patologia infeciosa ou neoplásica previa, o diagnóstico etiológico é um desafio contra o tempo para modificar o prognóstico.
Mulher de 44 anos, angolana, empregada de limpeza, com uma filha de 17 anos, um parceiro sexual estável desde há 4 anos e com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 e excesso de peso.
Iniciou quadro súbito de desvio da comissura labial, diminuição da sensibilidade da hemiface direita e hemiparesia homolateral de predomínio braquial, com 24h de evolução quando recorreu ao Serviço de Urgência.
A TC crânio-encefálica revelou “Lesão intra-axial ovalada de contorno isso-hiperdenso com o córtex e core hipodenso, lenticulo-capsular esquerda, rodeada por área de edema vasogênico, com desvio de estruturas da linha média com ligeiros sinais de hidrocefalia aguda”.
Foi observada por Neurocirurgia que deu indicação para iniciar dexametasona. Foi internada no serviço de Medicina para esclarecimento do quadro clínico.
As características da imagem levaram a alta presunção diagnóstica de toxoplasmose cerebral. As serologias para o HIV foram positivas, com carga viral de 201.000 cópias/ml e CD4 + 46 cel/ul, com critérios de SIDA. A IgG para Toxoplasma Gondii foi positiva e a IgM negativa. Foi assim possível fazer um diagnóstico célere com início da terapêutica dirigida. Foi transferida para a unidade de Doenças Infeciosas onde, após duas semanas de tratamento se registou significativa redução dimensional e do efeito de massa da lesão, confirmada por TC.
A toxoplasmose, é em geral assintomática numa pessoa imunocompetente, podendo apresentar-se como infeção sistémica ou doença ocular. Após a infeção inicial pode ficar latente para a vida. Nos imunocomprometidos pode reativar sendo a manifestação cerebral a causa mais comum de lesão ocupante de espaço do sistema nervoso central nos HIV positivos com contagem de células T CD4+ menor que 100cel/u.
A Medicina é um saber prático, a experiência aprendida ao longo do exercício da profissão enriquece o conhecimento do médico e permite-lhe ganhar tempo na luta contra a doença o que fica ilustrado nesta situação incomum, em que a patologia oportunista é a manifestação que levou ao diagnóstico da infeção por HIV.

P n.º 2661

Obstipação - uma síndrome geriátrica negligenciada

Mariana Gonzalez Ribeiro(1);Marisa c. Couto(1);Maria João Lume(1);Joana Gouveia Santos(1);Paulo Almeida(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: A obstipação é uma síndrome geriátrica de elevada importância atendendo à sua prevalência, que aumenta francamente em idades acima dos 60 anos, e ao impacto na qualidade de vida. No idoso, fatores como a imobilização prolongada, institucionalização, desidratação e interações farmacológicas podem estar na sua génese. O fecaloma é uma complicação muito comum da obstipação, mas muitas vezes subdiagnosticada.
Caso Clínico: Mulher, 85 anos, alectuada e institucionalizada em lar, com antecedentes relevantes de diarreia por infeção por Clostridium difficile há cerca de 2 meses, tratada com vancomicina com resposta clínica favorável. Recorreu ao Serviço de Urgência por reaparecimento de dejeções líquidas, dor abdominal difusa e lesão renal aguda pré-renal por desidratação. O toque retal realizado à admissão não sugeria impactação fecal. Atendendo ao reaparecimento da sintomatologia prévia, foi levantada a suspeita de recorrência de infeção. Do estudo efetuado, de destacar as pesquisas de toxina e DNA de C. difficile negativas e o bacteriológico, micobacteriológico e parasitológico de fezes também negativo. Realizou tomografia computorizada abdomino-pélvica que identificou “fecaloma na ampola retal com cerca de 6 cm de diâmetro transversal máximo e uma extensão longitudinal de pelo menos 12 cm.” O fecaloma foi removido mecanicamente com resolução da sintomatologia.
Discussão: O caso clínico apresentado pretende reforçar a importância do elevado índice de suspeição necessário para diagnosticar e tratar a obstipação e as suas complicações no doente idoso. Devemos também estar alerta para sinais de alarme como a incontinência fecal de aparecimento recente que, num idoso com obstipação, poderá indiciar a presença de fecaloma. O antecedente patológico recente da doente foi um fator confundidor e que fez parte do diagnóstico diferencial de diarreia aguda que era, na verdade, “diarreia paradoxal”.

P n.º 2666

Um linfoma incomum com manifestação clínica atípica

Célia Lourenço Tuna(1);Paulo Simão(1);Artur Costa(1);Sofia Afonso(1);Céu Evangelista(1);Margarida Ascensão(1)
(1) Hospital da Covilhã

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O linfoma de células T periférico (LCTP) representa um grupo heterogéneo de linfomas com origem em linfócitos T maduros, normalmente agressivos, correspondendo a cerca de 15% de todos os linfomas não-Hodgkin no adulto. Podem resultar de infeções víricas como Herpes simplex (VHS), Epstein Barr (VEB) e HTLV1. O LCTP não especificado (LCTP-NE) é o subtipo mais frequente, tem um padrão de crescimento rápido, apresentação em estádio avançado e sintomas B. O envolvimento nodal é prevalente ao diagnóstico, mas também ocorre envolvimento medular e extranodal (pele, trato gastrointestinal, fígado e baço).
Caso Clínico: Senhora de 77 anos, com fatores de risco cardiovasculares e hipotiroidismo, internada para estudo de perda ponderal > 10Kg nos últimos 3 meses, cansaço fácil e anorexia com 5 meses de evolução. Antecedentes de polipos colicos com displasia de baixo grau, sem rastreio endoscópico recente. Ao exame objetivo com adenopatias inguinais bilaterais e massa palpável no hipocondrio esquerdo, sem lesões cutâneas. Analiticamente com pancitopenia. A TC mostrou múltiplos gânglios mediastinicos, abdominais, inguinofemorais e esplenomegalia. As endoscopias excluíram neoplasia. A biópsia ganglionar mostrou tratar-se de um LCTP-NE, ALK negativo, com muito raras células CD30+, CD20 -, Ki67 75%. O estudo medular (mielograma e biópsia óssea) excluiu envolvimento medular. Fez serologias para HTLV1, VHS e VEB, negativas. 2 meses depois fez PET-CT de estadiamento que mostrou progressão com envolvimento pulmonar, esplénico e medular. LCTP-NE em estádio IV-B,E de Ann Arbor. Encontra-se em tratamento de imunoquimioterapia (IQT) com o protocolo CHOP, com critérios de resposta completa na avaliação de resposta intermédia.
Discussão: Trata-se de um linfoma pouco comum, agressivo. No nosso caso, ao diagnóstico a doente já se encontrava em estadio avançado, progredindo rapidamente. Alguns doentes respondem inicialmente à IQT, mas as recaídas precoces são frequentes.

P n.º 2667
Bezoar Fungico
Mauro Fernandes(1);Mónica Jardim(1);Duarte Andre Ferreira(1);Styliani Karamanou(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças renais

O transplante renal e´ uma alternativa eficaz como tratamento da Doenc¸a Renal Cro^nica, dado seu custo efetividade e o aumento na sobrevida dos pacientes. Os imunossupressores tambe´m garantem maior sobrevida do enxerto, pore´m tornam o receptor suscepti´vel a infecc¸o~es, como as fu´ngicas. Vária espécies de fungos provocam infeções urinária graves associado a bezoares que provocam obstrução do trato urinário.
Caso Clinico:
Doente de 57 anos. Autónoma nas atividades de vida diária.
- Antecedentes de Doença Renal Crónica devido a Nefropatia de Refluxo.
- Transplante renal em 2008 – disfunção crónica do excerto – Creatinina basal 2,1 mg/Dl.
- Neoplasia do Cólon em 2010 e Neoplasia Cutânea em 2013.
- Estenose do ureter do enxerto renal, com colocação de cateter duplo J em 2013.
- Episódios recorrentes de Infeções do Trato Urinário, condicionando múltiplos internamentos
Apresentou-se no Serviço Urgência por quadro de dor na fossa ilíaca direita associado oligoanúria. Doente cronicamente com Cateter Duplo J.
Ecografia do enxerto urgente a mostrar pionefrose.
Intervencionada pela Urologia para substituição de Cateter Duplo J > da descrição pós operatória foi revelada a presença de bezoares fúngicos a obstruir o mesmo.
Analiticamente com agudização da disfunção do enxerto (Creatinina 4,6 mg/Dl)
Foram realizados exames culturais que posteriormente revelaram Candida albicans + Pseudomonas aeruginosa na Urocultura e em 2 Hemoculturas.
Foi realizada igualmente Nefrostomia percutânea para lavagem e instilação de antifúngico.
Manteve antibioterapia dirigida e antifúngicos com melhoria do quadro clinico e analítico.
Apresentou igualmente recuperação da função renal.

P n.º 2678

Colite - Nem sempre é o que parece

Marta Fernandes(1);Catarina Bastos(1);Manuela Alves(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A colite é uma inflamação do cólon, diagnosticada pela clínica, testes laboratoriais, endoscopia e biópsias. A infeção é uma etiologia comum e a clínica pode ser difícil de distinguir de outras causas. Por isso, é importante não só a história atual, mas uma investigação do passado médico do doente.
Caso clínico: Mulher de 60 anos, com fatores de risco cardiovascular, patologia osteoarticular, submetida a cirurgia de fusão de sacroilíaca direita. Também listados como problemas depressão e somatização, medicada com antidepressivos. Recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de 10 dias de evolução de diarreia. À admissão febril e com abdómen globoso, timpanizado e doloroso. Apresentava radiografia abdominal com aerocolia e nas analises anemia, leucocitose, hiponatremia e PCR elevada. Realizou pesquisa de Clostridium, por antibioterapia recente, que foi negativo; colheu estudo de fezes. Assumiu-se quadro de colite infeciosa e foi internada com antibioterapia. No internamento, verificou-se agravamento da distensão abdominal e da diarreia. Bacteriológico de fezes foi negativo; TAC abdominal de reavalição: (…) sinais de colite; distensão do transverso e cólon ascendente. Revendo a história, apurou-se uma sacroileíte nunca estudada e episódios de diarreia autolimitados, com anos de evolução.
Realizou colonoscopia: No descendente e sigmóide úlceras pleomórficas, mucosa com aspecto empedrado. Realizadas biópsias. Passamos a ter como diagnóstico provável Doença Inflamatória Intestinal (D. Crohn) com atingimento extra-intestinal (sacroileite). Iniciou corticoterapia com melhoria progressiva, tendo alta para as consultas de Gastroenterologia e Doenças auto-imunes.
Conclusão: Apesar de parecer um caso de infeção, a fraca resposta ao tratamento, e uma investigação mais minuciosa, fez suspeitar de outra causa. São vários os fatores que limitam as investigações e levam a assumir diagnósticos. Esta doente desde há vários anos tinha sinais e sintomas que poderiam ter levado a uma investigação mais precoce; no entanto, assumiu-se facilmente um diagnóstico de somatização. Assim, é importante ressalvar que um diagnóstico de somatização deve ser sempre de exclusão. Do mesmo modo, questionar diagnósticos e tratamentos prévios é importante para podermos fazer o nosso próprio raciocínio.

P n.º 2689

Antibioterapia oral na endocardite

Diana Martins Fernandes(1);Rui Pedro Ribeiro(1);Francisca Azevedo Correia(1);José Ferreira Pestana(1);Ana Faceira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A endocardite constitui uma condição clínica que requer não só uma grande suspeição clínica, mas também o início de terapêutica de forma célere a fim de evitar eventos potencialmente fatais.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 72 anos, com antecedentes de endocardite infeciosa de válvula aórtica bicúspide nativa em 2014 com substituição valvular por prótese biológica e com falso aneurisma micótico sequelar estável. Recorre ao Serviço de Urgência por febre com duas semanas de evolução, sem outra clínica, tendo ficado internado para estudo. Apresentou crescimento precoce de Streptococcus mitis em hemoculturas, sem imagem sugestiva de endocardite em ecocardiograma transtorácico e transesofágico. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone. Realizou PET/CT 18 FDG que mostrou hipercaptação na raíz da aorta, adjacente ao material de valvuloplastia, pelo que se assumiu endocardite infeciosa de válvula protésica. Apresentou evolução clínica favorável, sem embolização à distância, tendo à data de alta cumprido 26 dias de antibioterapia após hemoculturas negativas. Nesta data, feito switch para antibioterapia oral (amoxicilina 1g). Um mês depois, reavaliado pelo mesmo método de imagem com clara redução da extensão e captação, face ao estudo anterior.
Conclusão: A endocardite de prótese valvular tem, geralmente, uma apresentação atípica. Nestes casos, os critérios de Duke têm uma sensibilidade inferior e o ecocardiograma (transtorácico ou transesofágico) pode ser inconclusivo até 30% dos casos, o que justifica o recurso a métodos híbridos de imagem como o PET. Na endocardite infeciosa de válvula esquerda, em doente com condição clínica oral e resposta favorável à antibioterapia endovenosa, a antibioterapia oral não tem mostrado inferioridade face à primeira.

P n.º 2693
Quilotórax e malignidade

Diogo Dias Ramos(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Sérgio Cabaço(1);André Valente(1);Ana Margarida Serrano(1)
(1) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B é o tipo mais comum de Linfoma Não-Hodgkin e constitui 30-40% dos casos de linfomas. Seguidamente apresentamos o caso de uma mulher, imunocompetente, e com o diagnóstico de LNH de GCB com apresentação inicial em quilotórax.
Caso Clínico: Mulher de 86 anos, autónomas nas AVDs. Iniciou em Janeiro de 2022 quadro de anorexia com perda ponderal (não quantificada) associada a mal estar geral com cansaço progressivo para pequenos esforços. Recorreu ao Serviço de Urgência passado um mês por agravameto das queixas associado a dispneia. Radiografia tórax a revelar derrame pleural nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Analiticamente a destacar Beta-2-microglobulina aumentada de 3.20. Realizada Toracocentese evacuadora com drenagem de 1300cc de líquido de aspeto turvo leitoso compatível com quilotórax. Pesquisa de células neoplásicas negativa.
Instituída dieta hipolipídica com reforço de triglicerídeos de cadeira média assim como octreótido subcutâneo 300ug 3id. TC TAP a destacar “extensa massa retroperitoneal envolvendo a aorta e veia cava inferior condicionando obstrução biliar e moldagem pancreática, medindo cerca de 13x10x7com (…) em muito provável relação com volumoso conglomerado adenopático”.
Após discussão com Radiologia de Intervenção agendada biópsia de gânglio inguinal esquerdo por agulha fina. Histologia a revelar Linfoma Difuso de Grandes Células B. Iniciou Prednisolona 20mg id e teve alta com referenciação à consulta de Hematologia.
Discussão: A maioria dos pacientes com quilotórax apresenta dispneia induzida pelos efeitos mecânicos de um derrame pleural assim como sensação de peso torácico, fadiga e perda de peso. A malignidade é a principal causa de quilotórax não traumático e, destes, a maioria ocorre em pacientes em estadio avançado de doença.

P n.º 2696

Doença de Behcet - um olhar atento sobre a vasculatura pulmonar.

Ana Sara Gonçalves(1);Joana Jacinto(1);Jéni Quintal(2);Lisandra Gouveia(1);Daniel Melim(1);Mónica Jardim(1);Adelaide Spínola(1);Teresa Faria(1);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS (2) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A doença de Behcet é uma vasculite sistémica que afeta vasos de calibre variável e o seu diagnóstico é clínico. Engloba várias manifestações sistémicas como úlceras orais e genitais dolorosas, lesões cutâneas, oculares, vasculares, neurológicas, gastrointestinais e articulares. O presente caso salienta as possíveis complicações desta síndrome, principalmente ao nível vascular.
Caso clínico: Homem, 63 anos, com diagnóstico de Doença de Behcet, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia de esforço e recidiva de úlceras aftosas orais. Objetivamente no SU, encontrava-se eupneico em ar ambiente, SpO2 93%, tensão arterial de 97/63mmHg, taquicárdico e com lesões aftosas dolorosas na região orolabial. O estudo complementar evidenciou hipocapnia e hipoxemia na gasimetria arterial, proteína C reativa elevada (52.83mg/dL) e D-dímeros aumentados (6054 µg/L) analiticamente. A angio-tomografia computorizada (TC) torácica identificou trombo em sela na bifurcação da artéria pulmonar principal com extensão a ambas as artérias pulmonares direita e esquerda. Ficou internado com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral extenso e foi iniciada enoxaparina em dose terapêutica. Adicionalmente, fez TC abdominal e pélvica que identificou trombo endoluminal na veia ilíaca primitiva esquerda, prolongando-se ao longo da veia ilíaca externa e femoral, e ressonância magnética crânio-encefálica com sinais de leucoencefalopatia isquémica crónica ligeira, sugerindo alterações microcirculatórias associadas à doença de Behcet. Após evolução clínica favorável, teve alta medicado com prednisolona 30mg/dia, colchicina 1mg/dia, azatioprina 100mg/dia e edoxabano 60mg/dia.
Discussão: A vasculopatia, como a trombose venosa superficial e profunda, ocorre em 30% dos doentes com Behcet, sobretudo em indivíduos do sexo masculino. Este caso clínico relembra que a embolia pulmonar, uma complicação rara na vasculite de Behcet, não pode ser esquecida, já que se associa a elevada morbi-mortalidade nesta síndrome.

P n.º 2701

Hipertensão (pseudo)resistente – a dificuldade de provar não adesão terapêutica

Maria João Cadório(1);Catarina Reigota(1);Rogério Ferreira(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Designa-se por hipertensão (HTA) resistente a elevação de pressão arterial (PA) acima do alvo num doente medicado com 3 ou mais anti-hipertensores de classes distintas nas doses máximas toleradas (incluindo um diurético), ou HTA dentro do alvo sob 4 ou mais anti-hipertensores. Atinge até 17% dos hipertensos e implica grandes gastos em recursos humanos e materiais e maior risco de eventos cardiovasculares. Importa, por isso, perceber se estamos efetivamente perante uma HTA resistente, ou uma pseudoresistente (HTA aparentemente resistente ao tratamento, mas atribuída a outras causas, tais como má adesão terapêutica).
Caso Clínico: Mulher de 68 anos, seguida ao longo dos anos em 18 consultas de diferentes especialidades, em 2 centros hospitalares adjacentes, incluindo em consulta de Medicina Interna por dislipidemia refratária à terapêutica e por HTA resistente, onde efetuou estudo complementar diagnóstico exaustivo para exclusão de causas secundárias, que foi inconclusivo. Ao longo do seguimento, com necessidade de ajustes frequentes de medicação anti-hipertensora, surgiu suspeita de má adesão terapêutica (baseada em valores díspares entre consultório e MAPA e prescrições não levantadas em farmácia segundo registos do RSE). Foi internada no Serviço de Medicina Interna por anemia para estudo (que se apurou secundária a angiectasias intestinais), tendo à admissão PA sistólica > 160 mmHg e diastólica > 90 mmHg. Foi medicada com os anti-hipertensores que faria em ambulatório: perindopril 10 mg id, amlodipina 10 mg id, indapamida 1,5 mg id e nifedipina 30 mg 4id. Apresentou rápida descida da PA, com hipotensão sintomática (PA 77/40 mmHg). Foram excluídas outras possíveis causas de hipotensão. Após sucessivas reduções de anti-hipertensores, teve alta medicada com amlodipina 5 mg id.
Conclusão: Garantir a adesão terapêutica é uma condição necessária para o diagnóstico de HTA resistente, contudo são poucas as estratégias que permitem a sua efetiva confirmação.

P n.º 2706

Enterocolite neutropénica - uma complicação grave num doente sob quimioterapia

Diana Martins Fernandes(1);Rui Pedro Ribeiro(1);Paula f. Matias(1);José Ferreira Pestana(1);Ana Faceira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A enterocolite neutropénica é uma complicação grave da neutropenia, podendo evoluir para necrose, perfuração ou sépsis. Está associada a uma elevada mortalidade (até 50%). A patogénese não é completamente compreendida, mas poderá estar relacionada com a disrupção da barreira mucosa intestinal, permitindo a translocação bacteriana, decorrente em contexto de esquemas citotóxicos agressivos que são cada vez mais utilizados.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 57 anos, ECOG PS1, com Síndrome Mielodisplásico de alto risco sob tratamento com azacitidina e necessidades semanais de transfusão de glóbulos rubros e plaquetas, a condicionar hiperferritinemia por sobrecarga no contexto de diseritropoiese e transfusões. Recorre ao Serviço de Urgência, três semanas após conclusão de ciclo de azacitidina, com queixas de dor abdominal, dejeções diarreicas sanguinolentas e febre. Analiticamente com neutropenia grave (N 0.08 x 10^9/L). Realizou tomografia computorizada abdominal com contraste que mostrou espessamento parietal do reto e cólon sigmóide, do cego e cólon ascendente proximal e submucosa da última ansa ileal. Assim, uma vez reunidos critérios de enterocolite neutropénica e excluídas outras etiologias, iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam com evolução favorável.
Conclusão: A mortalidade de enterocolite neutropénica permanece elevada, sobretudo se concorrer com inflamação transmural e perfuração intestinal. Um elevado índice de suspeição e reconhecimento precoce, com uma abordagem multidisciplinar - médica e cirúrgica personalizadas - é essencial para melhorar prognóstico.

P n.º 2711

Síndrome de Churg-Strauss - Vasculite pANCA

Tiago Ceriz(1);João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Sara sá(1);Cátia Pereira(1);Elisabete Pinelo(1);Andres Carrascal(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome de Churg-Strauss é uma vasculite ANCA-associada de pequenos e médios vasos. As manifestações clínicas mais comuns são eosinofilia marcada, asma, sinusite crónica, infiltrados pulmonares, cardiomiopatia, queixas gastrointestinais e Mononeurite multiplex. Os anticorpos Anti-MPO (anti-mieloperoxidade), pANCA (com padrão de imunoflurescência perinuclear) encontram-se presentes em 38-59% dos casos.
Caso clínico: Masculino 50 anos, autónomo. Quadro sistémico 5 meses de evolução: dor torácica atípica, mialgias, artralgias migratórias, perda de peso (6kg), sem fármacos de novo. Analiticamente anemia normocitica normocromica, velocidade de sedimentação e proteína c reativa aumentadas, sem eosinofilia, sem envolvimento renal, sedimento urinário sem alterações. Estudo etiológico negativo: neoplasias (tac tap, estudo disgestivo, marcadores tumorais), infeção (tuberculose, sifilis, borrélia, brucella, virus nomeadamente cardiotrópicos). ANCA 1/640 padrão p-ANCA, MPO > 739. Com envolvimento cardíaco e pulmonar: derrame pericardio/ pericardite subaguda - ressonância magnética cardíaca com pericárdico ligeiramente espessado com persistência de atividade inflamatória, sem miocardite, sem doença coronária, função biventricular preservada. Derrame pleural à esquerda. Assumida Síndrome de Churg-Strauss - Vasculite pANCA. Fez terapêutica de indução com prednisolona 1 mg/kg/dia, cyc ev mensal (6 ciclos), terapêutica de manutenção azatioprina (AZA). Atualmente sob prednisolona 2,5 mg em dias alternados, com boa evolução clínica com resolução dos parâmetros inflamatórios e poliserosite. Assumida doença em remissão.
Discussão: Antes da utilização de corticoides no tratamento do SCS, a mortalidade era de 50% aos 3 meses. Após a sua introdução assistiu-se a uma importante redução da mortalidade. Mais de 90% dos doentes atingem remissão mas as recaídas ocorrem em cerca de 1/4 dos casos, sendo importante a manutenção do seguimento.

P n.º 2712

APÓS 2 ANOS DE FEBRE, TEMOS CULPADO!

Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiuza Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Amanda Hirschfeld(1);Claudia Maciel Perez(1);Joana Diogo(1);Rodrigo Leão(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome febril indeterminada (SFI) caracteriza-se por febre com ≥ 3 semanas de duração ou ≥ 1 semana de investigação em internamento ou em pelo menos 3 consultas externas. As etiologias desta síndrome são variadas, pelo que é constitui um verdadeiro desafio clinico, em que é fulcral enquadrar diferentes sinais e sintomas na busca da etiologia.
Caso clínico: Mulher de 61 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por febre com temperatura máxima 38ºC que cede após toma de paracetamol 1g, geralmente durante o período matinal com recorrência de 2 dias por semana durante os últimos 3 meses. Clinicamente referia apenas tosse seca irritativa esporádica. Foi internada para estudo etiológico e comprovaram-se os picos febris diários sem padrão característico. Analiticamente destaca-se aumento ligeiro da velocidade de sedimentação (VS) e proteína de C-reactiva (PCR). Foram consideradas doenças infeciosas num amplo espectro das quais apenas se apurou IGRA inconclusivo. Foi realizada broncofibroscopia com colheita de lavado bronco-alveolar (LBA) que apenas detetou alterações inflamatórias inespecíficas, com culturas de bactéricas e micobacterias negativas. Do ponto de vista auto-imune apenas se apurou aumento da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) de 78U/L. O restantes painel alargado foi negativo. Manteve seguimento em consulta externa e os rastreios de neoplasia foram negativas. Manteve o seguimento durante 2 anos mantendo sempre as queixas de febre e estudos alargado negativo. No último ano referia tosse seca e de novo dor tibiotarsica bilateral de leve intensidade e alterações cutâneas dispersas, de pequenas dimensões, eritematosa e descamativa. A biópsia foi inespecífica. Analitcamente manteve aumento da VS, PCR, ECA e de novo hipercalcemia ligeira. Apesar de quadro inespecifico com TAC Tórax sem alterações valorizaveis, repetiu a broncofibroscopia em que LBA tinha um rácio CD4/CD8 elevado. Foi ponderado com pneumologia e decidido iniciar prednisolona 20mg com melhoria das queixas e ausência de febre nos últimos 3 meses.
Conclusão: O SFI é um verdadeiro desafio em que o diagnóstico pode surgir anos depois. Nesta caso, apesar de não ser típico de sarcoidose, a persistência da febre e os achados clínicos e analticos levaram ao diagnóstico 2 anos depois.

P n.º 2716
DRESS CODE PARA CIRURGIA ORTOPEDICA– INDUZIDO POR ANTIBIOTICO

Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira da Rocha(1);Pedro Simões(1);Micaela Sousa(1);Filipa Rodrigues(1);Tiago Ceriz(1);Elisa Tomé(1);Rita Silva(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unid. Hospitalar Bragança

Tema: Outro

Introdução: A Reação Medicamentosa com Eosinofilia e Sintomas Sistémicos (DRESS) é uma reação adversa grave induzida por fármacos. O diagnóstico é desafiador, no entanto o sistema de classificação RegiSCAR pode ser falicitador. Eosinofilia, envolvimento hepático, febre e linfadenopatias estão significativamente associadas enquanto a erupção cutânea está descrita em praticamente todos os casos. A base do tratamento é a suspensão do fármaco e/ou corticoterapia.
Caso Clínico: Masculino, 52 anos, sem antecedentes, submetido a cirurgia da coluna e reintervenção posterior por infeção a Enterobacter cloacae tendo iniciado ciprofloxacina e vancomicina. Ao 24º dia de antibioterapia aparecimento de rash cutâneo maculopapular morbiliforme, mais proeminente no tronco e membros, seguido de febre. Associadamente artralgias, mialgias, astenia e tosse. Objetivamente múltiplas adenopatias indolores axilares e inguinais, bilaterais, superiores a 1cm. Analiticamente com leucocitose (25,09x109/L) e eosinofilia (4,65x109/L), disfunção renal aguda (ureia 141 mg/mL, creatinina 5,3 mg/mL) e elevação de transaminases (TGO 1023 U/L e TGP 760 U/L) sem colestase. Estudo complementar negativo para vírus e autoimunidade negativa, sem outros isolamentos microbiológicos no rastreio sético. Tomografia computorizada de Tórax com adenopatias do mediastino, hilo direito e axilares e padrão micronodular difuso de predominio nos lobos superiores. Colocada hipótese de DRESS, suspensa antibioterapia, iniciada corticoterapia com melhoria progressiva do quadro.
Discussão: O DRESS torna-se particularmente pertinente em patologias que envolvam longo curso de antibioterapia. O envolvimento sistémico é o principal preditor de mortalidade e a pele o orgão mais afetado. Assim, o seu reconhecimento é importante, de forma a proceder a uma intervenção imediata e a suspensão do fármaco é crucial para a reversão do caso. Relembrar que é subestimado pela evolução lenta e inicio tardio dos sintomas

P n.º 2720

Queratite por Nocardia - um diagnóstico a considerar na abordagem de olho vermelho

Maria Lima Costa(1);Filipa Viegas, Filipa Sousa, André Santos, Gabriela Venade, Elisa Veigas, Jorge Correia, Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente, sexo masculino, 50 anos, calceteiro, fumador, sem outros antecedentes pessoais de relevo ou medicação crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por queixas de dor ocular e olho vermelho no contexto de traumatismo ocular por pedra de calçada enquanto trabalhava. Foi pedida colaboração de Oftalmologia e teve alta medicado com corticoterapia e ofloxacina tópicos. Por agravamento subsequente de rubor, sensação de corpo estranho e de diminuição da acuidade visual, recorreu novamente ao SU tendo sido objetivada úlcera de córnea evoluída (~ 7 mm), amolecimento do estroma, placa endotelial e hipopion (~ 1 mm). Colheu cultura de pús ocular e foi medicado com tobramicina, cloranfenicol e moxifloxacina tópicos. Por isolamento de Nocardia cyriacigeorgica foi convocado novamento ao SU para internamento por queratite complicada. Foi medicado com cotrimoxazol endovenoso e amicacina tópica, com posterior associação de tetraciclina e ceftriaxone tópicos. Pelo risco de envolvimento neurológico por contiguidade da lesão, realizou ressonância magnética de crânio, tendo sido excluído envolvimento do sistema nervoso central. Não foram isolados agentes microbiológicos em hemoculturas. Evoluiu favoravelmente com melhoria franca da úlcera. Por apresentar infeção restrita à córnea e à conjuntiva teve alta orientado para consulta externa de Oftalmologia e Medicina Interna.
O olho vermelho doloroso é uma das urgências oftalmológicas mais comuns. O estudo etiológico deve considerar causas infeciosas, inflamatórias e paraneoplásicas. A infeção da córnea a Nocardia sp. é uma entidade nosológica rara, especialmente em doentes imunocompetentes. Quando identificada neste grupo de doentes é mais comum associar-se a história de trauma e contacto com solo, manipulação cirúrgica ou uso de lentes de contacto. Apesar de rara, a abordagem e tratamento precoces têm implicação prognóstica, não só na preservação da acuidade visual, bem como na disseminação da doença. Este caso pretende alertar para a importância de considerar entidades menos comuns e potencialmente graves, na avaliação e origem de olho vermelho.

P n.º 2721

"Back to basics", quando a dúvida se instala a clínica orienta

Sandrine Fernandes(1);Beatriz Tavares da Silva(1);Diana Bernardo(1);Rita Ribeiro Dias(1);Isabel Rodrigues Neves(1);Teresa Mendonça(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

O carcinoma de células renais (CCR) afeta mais frequentemente o sexo masculino, e o seu diagnóstico é com frequência um achado incidental. Classicamente e apesar de numa minoria, pode apresentar-se com a tríade hematúria, massa renal palpável e dor no flanco ipsilateral, mas na ausência destes sintomas, a investigação até ao seu diagnóstico pode ser desafiante. Aproximadamente 20% dos doentes apresentam edema dos membros inferiores, de características bilaterais, como apresentação inicial da doença.
Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 67 anos, com hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada e litíase renal. Admitida por dor e edema dos membros inferiores (MI) e sintomatologia B com poucas semanas de evolução. Excluído evento vascular agudo dos MI bilateralmente com tomografia toraco-abdomino-pélvica a identificar volumosas adenopatias inguinais, assim como volumosa lesão nodular infiltrativa no rim direito, adenomegalias difusas abdominais e trombose venosa extensa da veia renal direita com extensão à veia cava inferior, das veias ilíacas e femorais, e tromboembolismo pulmonar, de baixo risco, nos ramos lobares inferiores esquerdo. Realizada biópsia da massa renal, com resultado histológico desfavorável ao diagnóstico de CCR ou de doença linfoproliferativa tendo sido colocada a hipótese de adenocarcinoma de localização incerta. Estudo endoscópico sem achados macroscópicos e sem evidência de neoplasia em bióspias gástrica. PET com captação apenas no rim direito. Após revisão da histologia do produto biopsado do rim direito, conclui-se pelo diagnóstico de CCR, previamente não identificado por anomalia do equipamento técnico a condicionar avaliação imunohistoquimica inicial errada.
Com este caso, pretende-se alertar a comunidade científica da relevância impreterível da análise da apresentação clínica, de um rigoroso exame objetivo, assim como da importância de manter espirítico crítico face aos achados dos resultados dos estudos complementares, particularmente quando persistem discrepâncias face à teoria e à clinica.

P n.º 2722

Síndrome cardiorrenal agravada por fístula arteriovenosa: a gota de água que transborda o copo

Adriana Filipa Marques Rodrigues(1);Rui Domingues(1);José Mário Bastos(1);Sofia Marques(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

A doença renal crónica acarreta aumento do risco cardiovascular e mortalidade. A insuficiência cardíaca é igualmente causa de morbimortalidade. Quando coexistem, estas patologias podem ser difíceis de gerir. O aumento da pré-carga relacionado com a construção de uma fístula arteriovenosa (FAV) pode ser um fator de descompensação.
Homem de 74 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, hiperuricemia, IC por provável CIA, amiloidose em estudo, com atingimento hepático e renal com DRC em estadio avançado em preparação para diálise.
Recorreu ao SU por edema periférico, dispneia e aumento de 12Kg de peso após construção de FAV úmero-cefálica esquerda para hemodiálise 6 dias antes. À admissão: hipertenso, com crepitações dispersas por ambos os campos pulmonares, sem insificiência respiratória. O débito de sangue na fístula, avaliado por ecodoppler era de 1.7L/min. Ecocardiograma com dilatação severa das cavidades direitas, sinais de sobrecarga de volume do VD, FEVE preservada e VCI dilatada sem variabilidade respiratória. Admitiu-se IC de alto débito, descompensada após construção de FAV.
Verificou-se melhoria do quadro de hipervolemia com reforço de furosemida endovenosa e metolazona. Foi realizada redução cirúrgia do débito da FAV (banding), que reduziu para 900mL/min. Apesar de melhoria da clínica de IC, doente desenvolveu sintomas urémicos e iniciou hemodiálise crónica.
Apresenta-se um caso de hipervolémia multifactorial após construção de de FAV (IC de alto débito), com predomínio de IC direita, e consequente agravamento da função renal. Como nos diz a literatura, a criação de um acesso arteriovenoso para HD causa uma diminuição aguda na resistência vascular sistémica e aumento secundário do débito cardíaco que geralmente é clinicamente insignificante, excepto em doentes com doença cardíaca subjacente, como neste caso. Pretende-se chamar a atenção para esta entidade, sendo necessário suspeição clínica para o seu diagnóstico e tratamento, que por vezes passa mesmo pelo encerramento da fístula arteriovenosa, em casos refractários

P n.º 2723

GASTROENTERITE AGUDA - UM DIAGNÓSTICO SIMPLES ?

VALENTYN ROSHKULETS(1);Monica Ferro da Silva(1);Ana Santos e Silva(1);Alexey Shigaev(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO

Devido a afluência dos doentes o dignostico de GEA acaba por ser um diagnóstico "facil". O caso descrito no trabalho demonstra importancia de abordagem porminorizada do doente, avaliação detalhada e colheita de anamnese completa mesmo nos "doentes de rotina".

CASO CLINICO

Utente de 55 anos, sem antecedentes pessoais. Recorreu ao SU acompanhada pelo seu marido com as sintomas semelhantes. Avaliada numa clínica privada por cefaleia, dejeções liquidas de cor escuro, astenia, mialgias e artralgias com 10 dias de evolução e agravamento progressivo, embora referido quadro inicial de odinofagia há cerca de 15 dias (já medicada no Brazil com Amoxicillina por suspeita de faringite aguda bacteriana) e pico febril há cerca de 5 dias.

Antecedentes epidemiologicos : viagem para Brasil (Mato Grosso); estadia 21 dias; regresso ao Portugal há 4 dias.

Portadora de estudo analitico: Leucopenia 2330 /uL, linfopenia 380 /uL, trombocitopenia 132000 /uL, PCR (0.72) / Hb 14.7 g/dL.

Enviada ao SUMC por suspeita de Malária no contexto de viagem recente. Apresentando Pesquisa de Plasmodium realizada no SU negativa, tem tido alta com terapêutica sintomática para GEA / Infecção Virica.

Por agravamento das sintomas, regressou no 3º dia apos avaliação inicial.

A admissão: vígil, consciente, orientada T/E e P. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem cianose ou icterícia. Sem adenomegalias. Sem erupções cutaneas. HD-estavel, eupneica sem SDR. Apirética. Auscultaçao cardio-pulmonar sem alterações. Abdómen: doloroso à palpação profunda em todos os qadrantes, sem outras alterações.

Analiticalmente: agravamento de leucocitopenia (2.000 /uL), neutropenia (1.200 /uL) e linfocitopenia (500 /uL), agravamento de trombocitopenia (60.000/uL, sem agregados trombocitários), hipocaliemia de 3.0 mmol/dL e Mg de 1.8 mmol/dL, sem outras alterações relevantes.

Devido persistencia dos sintomas, alteraçoes analiticas e dados epidemiologicas, doente ficou internada com hipoteses diagnosticos de: Dengue vs. Doença de Chicungunha (estudo etiologico com pesquisa rapida de Dengue e serologia de Chicungunha com resultado positivo para Dengue).

DISCUSSÃO

O objetívo desde apresentação realçar importância de colheita de dados anamneticos e epidemiologicos, relembrando existencia de doenças com clínica semelhante a uma banal infeção viral.

P n.º 2736

Tuberculose ganglionar: um diagnóstico que não veio só

Carolina Chumbo(1);Teresa Valido(1);Catarina Roquete(1);Filipa Figueiredo(1);Sara Furtado(1);Martim Trovão(1);Carolina Monteiro(1);Marta Rocha(1);Teresa Cruz(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose, apesar da incidência em decrescendo, é a principal causa global de morte por infeção. Em Portugal, a taxa de notificação, nas suas diversas formas, ronda os 14 por 100 mil habitantes.
Apresentamos uma mulher de 34 anos, angolana, saudável, há 4 anos em Portugal e a trabalhar em catering no aeroporto. Com história familiar de drepanocitose.
Foi internada após recorrer à urgência por astenia, anorexia, perda ponderal (12%) e suores noturnos, com 2 meses de evolução. Após um mês de sintomas, notou tumefação dolorosa inguinal direita, de tamanho progressivamente maior e alteração da coloração das escleróticas. Referiu náuseas e enfartamento.
À observação, com icterícia das escleróticas, fígado doloroso, palpável 4 cm abaixo do rebordo costal, massa inguinal direita de 4 cm, de consistência aumentada e à esquerda, adenopatia móvel de 1 cm.
Análises com anemia, citocolestase com hiperbilirrubinémia, velocidade de sedimentação 106 mm/h, pico gama na eletroforese e elevação das cadeias kappa e lambda.
Ecografia mostrou múltiplas adenopatias inguinais bilaterais, com áreas hipodensas no seu seio, provavelmente necróticas. Ecografia abdominal mostrou gânglios no hilo hepático, litíase no lúmen vesical e asplenia. Tomografia computorizada revelou ainda adenopatias axilares, retroperitoneais e ilíacas e acentuada hepatomegália, com esteatose.
Durante o internamento ocorreu queda da hemoglobina, com necessidade de 3 unidades de concentrado eritrocitário. O esfregaço de sangue periférico e a eletroforese de hemoglobinas confirmaram o diagnóstico de drepanocitose e iniciou hidroxiureia.
Os estudos microbiológicos revelaram PCR do exsudado vaginal positiva para Chlamydia trachomatis. Cumpriu 7 dias de doxiciclina.
Posteriormente, verificou-se IGRA positivo e, a partir da biópsia excisional da massa inguinal direita, confirmou-se tuberculose ganglionar.
Este caso mostra a importância de manter um alto nível de suspeição, tendo sempre em conta o contexto epidemiológico.

P n.º 2740

Acidente Vascular Cerebral e Foramen Ovale Patente - causalidade ou coincidência?

Bernardo Fernandes(1);Paula Matias(1);Leonardo Moço(1);Edite Pereira(1);Jorge Almeida(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
Foramen ovale patente (FOP) é uma anomalia presente em 25% da população, associando-se frequentemente a acidente vascular cerebral (AVC) criptogénico. Este caso descreve uma doente com AVC criptogénico.
Caso clínico:
Mulher, 61 anos, recorre ao serviço de urgência por parésia facial central direita e hemiparésia do membro superior direito com 1 hora de evolução. A tomografia computorizada cerebral mostrou lesão isquémica recente na região do “hand knob” no território da artéria cerebral média esquerda e lesão isquémica sequelar em planos cortico-subcorticais da circunvolução frontal média esquerda. Foi realizada trombólise. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, ecocardiograma transtorácico sem alterações estruturais, ecodoppler dos vasos do pescoço e transcraniano sem sinais de estenoses e com elevada probabilidade de shunt D>E, ecodoppler do membro inferior com trombose venosa profunda (TVP) da veia solear direita, estudo protrombótico negativo e ecocardiografia transesofágica a mostrar FOP de diminutas dimensões e mínimo shunt esquerdo-direito. RoPe Score 6. Ficou hipocoagulada e orientada para consulta externa para estudo complementar da etiologia definitiva.
Discussão:
O AVC criptogénico é frequente e define-se por uma ausência de doença de pequenos e grandes vasos ou cardioembólica documentada. O FOP está descrito na literatura como estando associado a AVC criptogénico, apesar do significado clínico e força da associação não estarem completamente definidos. Vários mecanismos foram propostos para explicar esta associação: embolia paradoxal, formação de trombos in situ e fenómenos arritmogénicos. Esta doente exemplifica um caso de AVC criptogénico com possível relação etiológica com FOP pela presença de TVP, ausência de doença de pequenos e grandes vasos significativa, existência de lesão isquémica sequelar e um RoPe Score elevado.

P n.º 2742

Um caso quase perfeito de imitação: Um diagnóstico diferencial da SGB

Inês de Gouveia Bonito(1);Alexandra Coimbra(1);Inês p. Carvalho(1);Mariana Caetano Coelho(1);Carolina Xavier de Sousa(1);Teresinha Ponte(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma das causas mais comuns de paraparésia aguda, tipicamente simétrica, com início nos membros inferiores e progressão ascendente, podendo cursar também com sintomas sensitivos e disautonomia. No entanto existem mais de 20 diagnósticos diferenciais a ser ponderados. Apresenta-se neste contexto um quadro clínico em tudo semelhante a um Síndrome de Guillain-Barré cujo resultado foi inesperado.
CASO CLÍNICO: Sexo feminino, 50 anos, caucasiana. Antecedentes pessoais de neoplasia da mama direita aos 43 anos, submetida a quimioterapia, radioterapia e tumorectomia. Recorre ao Serviço de Urgência por lombalgia com 3 semanas de evolução, posterior diminuição da força muscular e parestesias dos pés com progressão ascendente até às palmas das mãos. Referia infeção respiratória 2 semanas antes dos sintomas e aparecimento de massa na mama esquerda recentemente, com realização de biopsia da lesão, aguardando o resultado. Ao longo da marcha diagnóstica excluídos os vários diagnósticos diferenciais, particularmente Síndrome de Guillain-Barré, e diagnosticada com carcinomatose leptomeníngea de carcinoma invasivo triplo negativo da mama através do exame anatomopatológico do líquor. Durante o internamento evolução desfavorável, com atingimento multifocal e afundamento do estado de consciência, falecendo neste contexto.
DISCUSSÃO: A carcinomatose leptomeníngea é uma complicação rara associada a mau prognóstico secundária principalmente a tumores sólidos da mama, pulmão e melanoma. Cursa com envolvimento multifocal do neuro-eixo (neuropatia de pares cranianos, alteração do estado de consciência, convulsões, disfunção cerebelar) e o seu diagnóstico faz-se por RM do neuro-eixo e exame do líquor. Apesar de um quadro inicial sugestivo de SGB, é fundamental uma história clínica completa que nos permita desde início suspeitar de um dos seus diagnósticos diferenciais.

P n.º 2744
O sinais intemporais da radioterapia
Micaela Nunes Sousa(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Pedro Simões(1);Filipa Rodrigues(1);Sandra Raquel Sousa(1);Rita Diz(1);Helena Maurício(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A enterite rádica é uma lesão do cólon e/ou delgado secundária à radioterapia(RT). É uma entidade clínica pouco frequente cuja incidência tem vindo a aumentar, apesar da evolução das técnicas que minimizam os efeitos laterais da radioterapia. Habitualmente manifesta-se entre 18 meses a 6 anos após a RT.

CASO CLÍNICO: Doente sexo feminino, 54 anos, com antecedentes de cancro do ovário há cerca de 20 anos, tendo realizado quimioterapia e radioterapia. Doente recorre ao serviço de urgência por lombalgia à direita com episódios de vómito associado associada a diarreia com cerca de 3 semanas de evolução. Doente hipotensa e febre associada. Apresentava acidose metabólica e hiperlactacidémia. Analiticamente lesão renal aguda, creatinina 3.0 mg/dL e aumento dos parâmetros inflamatórios, PCR 48 mg/dL. Realizou tomografia computorizada abdominal e pélvica apresentava 2 cálculos não obstrutivos à direita, concomitantemente com ectasia moderada peilocalicial até terço distal do ureter. Concomitantemente com sinais inflamatórios associados no rim direito. Atraso nas fases nefrográficas e de eliminação a nível do rim direito concordante com fenomenos não obstrutivos. Diagnosticada quadro séptico por pielonefrite à direita por estenose rádica do ureter. Por manutenção do quadro de diarreia, realizado estudo da mesma, feito estudo endoscopico e estudo analítico, microbacteriologico e parasitologico sem alterações. Realizou RMN abdominal com realce intenso da mucosa sigmóide e do reto, relacionados com fenómenos de enterite rádica.

DISCUSSÃO: A enterite rádica é uma entidade com grande heterogeneidade do espetro clínico. Assim, deve-se considerar esta hipótese em doentes com sintomatologia gastrointestinal expostos previamente a RT, independentemente dos anos de exposição.

P n.º 2745

Síndrome de Guillain-Barré - a propósito de um caso clínico

Tetiana Baiherych(1);Ana Garrido Gomes(1);Patrícia Simoes(1);Mafalda Cordeiro Sousa(1);Viktor Baiherych(1);Sandra António(1);Maria Filomena Roque(1);Luís Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença autoimune rara, que se caracteriza clinicamente por parésia flácida aguda simétrica dos membros e de arreflexia. Infecções respiratórias ou gastrointestinais prévias, vacinação em conjunto com fatores ambientais e predisposição genética podem levar à doença.
Caso clínico. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 53 anos, hipertenso, obeso, medicado só com um antihipertensor. O doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de paraparesia do início súbito associado a parestesias nos membros inferiores do predomínio proximal. Salientava-se história de diarreia profusa com um dia de evolução automedicada com loperamida no domicílio há uma semana. À observação no SU apresentava-se vigil, eupneico em ar ambiente, com diminuição de força muscular nos membros inferiores do predomínio distal, reflexos osteo-tendinosos diminuídos, sem alterações de sensibilidade álgica. Analiticamente apresentava só leucocitose sem aumento dos outros parâmetros de inflamação. TC crânio-encefálica não revelou sinais de hipertensão intracraniana bem como outras alterações. Por hipótese de síndrome Guillain-Barré foi realizada punção lombar que mostrou líquido cefalorraquidiano límpido, incolor, proteinorraquia de 60,5 mg/ml e pleocitose de 2 células com predomínio de mononucleares (dissociação proteino-citológica). O doente foi internado ao Unidade dos Cuidados Intensivos e cumpriu tratamento com dois ciclos de imunoglobulina endovenosa (0,4 mk/kg/d) com discreta melhoria clínica. O estudo etiológico de causas infecciosas de Síndrome Guillain-Barré revelou como provável fator desencadeante gastroenterite aguda por Campylobacter jejuni (IgG +, 60 U/ml). Realizada electromiografia dos membros demonstrou: "(...)alterações generalizadas do estudo de condução, de predomínio motor e mais severas nos membros inferiores, compatíveis com polineuropatia sensitivo-motora na forma de SGB." Posteriormente o doente com evolução favorável teve alta para Unidade de Reabilitação com indicações para manter fisioterapia.
Conclusão: A síndrome Guillain-Barré está fortemente ligada à infecção por Campylobacter jejuni, por isso a abordagem dirigida com alta suspeita diagnostica é essencial para evitar sequelas graves, bem como morbimortalidade.

P n.º 2748

PERITONITE BACTERIANA SECUNDÁRIA (PBS): A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Cláudia Maciel Perez(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiuza m Rua(1);Amanda Hirschfeld(1);Sérgio Cabaço(1);André Valente(1);Ana Margarida Serrano(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: a peritonite bacteriana é um quadro grave, com elevada mortalidade sem tratamento, o que marca a importância do seu diagnóstico de forma precoce. A diferenciação entre peritonite bacteriana espontânea (PBE) e peritonite bacteriana secundária (PBS) é de extrema importância para orientação terapêutica. Dado que na PBS o quadro clinico é fruste devido à presença de ascite, os achados da paracentese assumem particular relevância uma vez que a terapêutica será maioritamente cirúrgica.
Caso clínico: Mulher de 71 anos, natural do Brasil, internada para estudo de provável neoplasia primaria do ovário com metastização pulmonar, esplénica e peritoneal. Apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e com abdómen ascítico, sem tensão, com dor à palpação global e duvida presença de defesa. Analiticamente no primeiro dia de internamento a destacar PCR de 389 mg/L e procalcitonina de 17.31 ng/mL embora com restantes parâmetros inflamatórios negativos. Realizada paracentese diagnóstica e evacuadora, objetivando-se liquido hemático turvo, cujo exame citológico apresentava 17522 /uL leucócitos, 15913 /uL polimorfonucleares, albumina 28.6 g/L, glucose 20 mg/dL, LDH 1009 U/L. Isolaram-se 4 microorganismos no liquido ascitico: Escherichia coli, Streptococcus anginosus, Bacteroides thetaiotaomicron e Enterococcus faecium. Dada a suspeita de PBS realizou TC-abdomino-pélvica, onde se observou coleção abdominal com nível hidroaéreo em relação com lesão abcedada com 18x12cm, sem evidência de pneumoperitoneo. Iniciou antibioterapia dirigida sendo posteriormente o abcesso drenado pela equipa de radiointervensão. Após dez dias do inicio da antibioterapia a doente apresentava melhoria clínica e analítica, sem leucocitose, neutrofilia e PCR 83 mg/L.
Discussão: este caso demonstra a importância da suspeita clínica e do diagnóstico precoce de peritonite bacteriana, do diagnóstico diferencial entre PBE e PBS, uma vez que se trata de quadros com elevada mortalidade sem tratamento. A realização de paracentese diagnóstica precoce em todos os doentes internados com ascite diminui a mortalidade durante o internamento.

P n.º 2749

Estrongiloidíase - o inesperado parasita

Patrícia Clara(1);Mariana Moreira Azevedo(1);Sónia Carvalho(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Strongyloides stercoralis é um parasita helmita responsável pela infecção intestinal estrongiloidíase. A estrongiloidíase é endémica em regiões com clima tropical e subtropical nomeadamente o sudeste asiático, África, América do Sul e algumas regiões do Sul da Europa. Na região centro de Portugal, foram descritos alguns focos endémicos da doença. A estrongiloidíase pode ser assintomática ou associar-se a sintomas inespecíficos gastrointestinais sendo a anorexia, os vómitos e a diarreia os sintomas dominantes. A eosinofilia periférica isolada é o achado analítico mais frequente e pode ser observada mesmo na ausência de sintomas.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 66 anos, que recorre ao serviço de urgência por quadro de diarreia, com 5 dejecções diárias não sanguinolentas e sem presença de muco, associadas a dor abdominal e vómitos com 5 dias de evolução. Tinha como antecedentes hipertensão arterial medicada e sem contexto epidemiológico recente de viagens ao estrangeiro. Analiticamente apresentava lesão renal aguda, parâmetros inflamatórios elevados e eosinofilia, com agravamento ao longo do internamento com máximo de 4390/uL. Foi admitida ao internamento com gastroenterite aguda com Lesão Renal Aguda AkIN 3. Da investigação o exame bacteriológico, virológico e bacteriológico das fezes bem como serologias víricas foram negativas. Realizou TAC abdominal sem alterações. Foi medicada empiricamente, no serviço de urgência, com Ceftriaxone e Metronidazol, sendo substituída antibioterapia no internamento por Ciprofloxacina e, associadamente, terapêutica de suporte com melhoria progressiva. Pela persistência de eosinofilia fez toma única de albendazol com melhoria. Foram feitas serologias parasitárias que foram positivas para Strongyloides stercoralis . Perante o possível diagnóstico de estrongiloidose manteve terapêutica com Albendazol 400mg duas vezes por dia durante 7 dias, com melhoria clínica completa e resolução completa das alterações analíticas.
Enfatiza-se a importância de colocar o diagnóstico de estrongiloidíase perante um quadro gastrointestinal e eosinofilia, mesmo na ausência de viagens para regiões endémicas.

P n.º 2750

POLIARTERITE NODOSA: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

Ana Rita Ferreira(1);Pedro Gaspar(1);Nuno Reis Carreira(1);Inês Matias Lopes(1);Sofia Magno Pinto(1);Constança Jalles(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite sistémica necrotizante que atinge as artérias de médio e pequeno calibre. O seu diagnóstico é desafiante dada a evolução e apresentação clínica variáveis em função do órgão envolvido. A febre está presente na maioria dos doentes e a doença vascular periférica é incomum. Caso clínico: Mulher de 47 anos, com antecedentes de doença arterial no membro inferior direito (MID) caracterizada por estenoses na artéria tibial posterior e peroneal com oclusão distal desta última e dor neuropática no MID com eletromiografia sugestiva de fibrose muscular e cutânea no contexto de isquemia crónica. Admitida por febre de etiologia a esclarecer. Na observação com lipodermatoesclerose no membro inferior, tornozelo e dorso do pé direitos, dor e limitação funcional na articulação tibiotársica direita e ausência de pulso pedioso direito. Tinha trombocitose, Gama-GT e fosfatase alcalina aumentadas, proteína C reativa elevada, velocidade de sedimentação de 120 mm/1ºh, anticoagulante lúpico positivo, fator reumatóide, ANA, anti-dsDNA e ANCA negativos. Após exclusão de etiologia infeciosa foi colocada a hipótese de PAN pela história de doença arterial periférica desde os 45 anos e ausência de fatores de risco cardiovasculares. Realizou angio-TC toraco-abdominal-pélvica que identificou áreas isquémicas no baço e rins e arteriografia abdominal que revelou irregularidade do calibre dos vasos de médio-pequeno calibre com microaneurismas na circulação esplénica, pancreática distal, mesentérica superior e circulação supra-renal bilateral. Admitido o diagnóstico de PAN pelo que iniciou prednisolona 1 mg/Kg/dia com remissão do quadro. Por recidiva clínica e laboratorial durante desmame de corticoterapia foi iniciada azatioprina com efeito. Conclusão: Em doente jovem com doença arterial periférica e sem fatores de risco cardiovascular, o diagnóstico de vasculite deve ser equacionado na medida em que a instituição precoce de terapêutica dirigida altera a sobrevida.

P n.º 2754

Coagulação intravascular disseminada crónica secundária a disseção da aorta

RUI FILIPE LOPES CARVALHO(1);Filipe Martins(1);Manuel Cunha(1);Joana Calvão(1);Renata Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças hematológicas

A Coagulação intravascular disseminada é um síndrome sistémico complexo de ativação anormal dos mecanismos de coagulação e fibrinólise, resultando em manifestações trombóticas e/ou hemorrágicas. A apresentação clínica é variada, estando dependente do estímulo patológico inicial.
Relatamos um caso de um homem de 71 anos com aneurisma exuberante e disseção da aorta a envolver quase a totalidade do percurso da artéria.
Tinha sido previamente submetido a abordagem cirurgica para correção parcial, sendo o defeito demasiado extenso para correçaão completa e encontrando-se sem outras opções de tratamento invasivo pela Cirurgia Vascular.
Apresentou-se com anemia sintomática incapacitante associada a perdas hemáticas e hematomas dispersos, com necessidade de suporte transfusional quase semanal.
Após discussão com Hematologia e Imunohemoterapia optou-se por reposição de fibrinogénio, seguido de suplementação de fitomenadiona e hipocoagulação com enoxaparina. Com colaboração multidisciplinar conseguiu-se controlo sintomático e analítico, com resolução das necessidades transfusionais.
Com este caso pretendemos chamar atenção para uma apresentação rara de uma entidade pouco frequente cuja abordagem, dado impossilidade de controlo de fator desencadeante, requer procurar equilíbrio entre trombose e hemorragia.

P n.º 2755

Nem sempre a falha é do coração – derrame pleural metastático

Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira da Rocha(1);Sara Remelhe(1);Rita Pera(1);Filipa Rodrigues(1);Andreia Diegues(1);Rita Silva(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unid. Hospitalar Bragança

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O derrame pleural (DP) é frequente na Insuficiência Cardíaca (IC), patologia muito comum na prática clínica mas, infeções e neoplasias também podem estar na sua origem. A história clínica, exames laboratoriais, radiografia (Rx) e toracocentese são necessários para identificar a causa na maioria dos casos.

Caso Clínico: Mulher, 73 anos, antecedentes de hipertensão e carcinoma da mama esquerda submetida a cirurgia e quimio-radioterapia em 2010. Admitida por tosse seca, omalgia e cervicalgia esquerdas, sem febre, dispneia, toracalgia ou sintomas constitucionais. Análises sem alterações de relevo e DP esquerdo em Rx. Tomografia computorizada de tórax com DP à esquerda, não loculado, e densificação consolidante no segmento posterior do lobo superior esquerdo que sugeria processo inflamatório. Sem insuficiência respiratória, teve alta com antibioterapia. Reavaliação após 6 semanas, com ortopneia, sem febre, com resolução da consolidação mas, mantendo DP à esquerda. BNP 212 pg/ml. Ecocardiograma com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 36%. Colocada hipótese diagnóstica mais provável etiologia cardíaca do DP. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora com saída de 1250 ml de liquido compatível com exsudado, pH 7,3, glicose 129 mg/dl, ADA 8 U/L, PCR para BK negativa, 1320 /mm3 leucócitos, 14240 eritrócitos, 70% de linfócitos e cultural negativo. Citologia sem células malignas. Recidiva do DP sob terapêutica diurética. Biópsia pleural sugestiva de metástase pleural de carcinoma da mama. Iniciou quimioterapia, com melhoria do derrame.

Discussão: Apesar da história inicial apontar para causa infeciosa ou cardíaca, pormenores como derrame unilateral esquerdo e resultados de toracocentese apontavam noutra direção. Por vezes meios invasivos são necessários para o diagnóstico. O derrame pleural maligno em 75% resulta de neoplasia do pulmão, mama, ovário ou linfoma, mas quase todos os tumores o podem desenvolver.

P n.º 2756
Espondilodiscite por S. agalactiae – do sintoma comum ao agente incomum

Paula Pires da Costa(1);Filipa Lima(1);Daniel Calado(1);Raquel Senra(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A espondilodiscite ocorre mais comumente como resultado da disseminação hematogénea a partir de um foco distante. O agente etiológico mais comum é o S. aureus, mas outros agentes devem ser considerados.

Caso clínico
Doente de 45 anos, previamente autónoma. Antecedentes pessoais de tabagismo. Sem medicação habitual. Várias vindas ao SU por cervicodorsolombalgia, tendo tido alta medicada sintomaticamente. Apresentou agravamento clínico pelo que regressa por dor associada a impotência funcional. Sem febre ou outras queixas focalizadoras. Sem sinais neurológicos focais. Analiticamente a destacar PCR 48,9 mg/dL e sedimento urinário compatível com ITU. TC abdominal sem alterações de relevo. Internada para estudo do caso. 2HC e UC com isolamento de S. agalactiae, tendo cumprido antibioterapia dirigida. ETE realizado sem evidência de vegetações. Por suspeita de espondilodiscite e/ou abcesso intratorácico, realizou RMN de todo o neuro-eixo que revelou espondilodiscite de C3-C6 com lesão epidural intracanalar com compressão grave da espinal medula, bem como espondilodiscite L4-L5 com pequeno componente intracanalar, submetida a descompressão cirúrgica. Apresentava ainda abcesso do músculo psoas ilíaco esquerdo -17mm x 12mm x 40mm- sem indicação para intervenção por Cirurgia Geral e Imagiologia de intervenção. Na impossibilidade de realizar controlo de foco, cumpriu 12 semanas de antibioterapia dirigida ao agente isolado inicialmente. Reavaliação imagiológica com agravamento do processo de osteomielite, com ligeira diminuição do componente epidural e ligeira diminuição da compressão medular. Indicação cirúrgica por Ortopedia que a doente recusou. Apresentou melhoria progressiva do controlo álgico e boa evolução funcional após fisioterapia, mantendo-se autónoma à data de alta, com seguimento em consulta externa.

Discussão
A espondilodiscite por S. agalactiae é incomum, principalmente em doentes imunocompetentes. Este caso reflete a importância da suspeição clinica perante um sintoma incapacitante. A espondilodiscite deve ser sempre suspeitada no contexto de dor cervical, dorsal ou lombar, principalmente na presença de bacteriemia.

P n.º 2757

Síndrome Cushing – uma causa de Hipocaliemia Persistente

Marta Dalila Martins(1);Fátima Costa(1);Francisco Pombo(1);André Paupério(1);Inês Ferreira(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

O Síndrome de Cushing (SC) consiste num conjunto de sinais e sintomas em contexto de hipercortisolismo. O SC dependente da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) é uma forma endógena da doença causada pela produção anormal de ACTH devido, em 80% dos casos, ao excesso de secreção de ACTH por um adenoma hipofisário e em 20% dos casos devido à secreção ectópica de ACTH por um tumor extra-hipofisária ou muito raramente devido a um tumor secretor de ACTH e simultaneamente de hormona liberadora de corticotrofina (CRH).
Mulher, 75 anos, com antecedentes de vários FRCV, fibrilhação auricular e síndrome demencial insipiente. História de hipocaliemia com 2 anos de evolução, sem etiologia ainda esclarecida. Admitida por hipocaliemia (K+ 2.5 mmol/L) associada a diarreia, mal-estar geral e hiperglicemias com 4 dias de evolução, sem outros sintomas associados. À admissão apresentava também hipomagnesemia e hipocalcemia. Negada toma de fármacos hipocaliemiantes. Do estudo realizado em internamento de salientar: gasimetricamente sem acidose metabólica; função tiroideia normal; K+, Na+ e Cl- na urina normal, Ca2+ e Mg2+ urinários aumentados; cortisol matinal sérico (35.80 ug/dL) e cortisol urinário (602 ug/24h) aumentados, ACTH aumentada (102 pg/mL). Por suspeita de Doença de Cushing ACTH dependente realizou a prova de estimulação com corticorelina (CRH) que foi positiva, mas com valores borderline. Realizou a prova de frenação com dexametasona em alta dose que foi compatível com SC. A RM CE identificou um microadenoma da hipófise que se assumiu ser causador do SC ACTH dependente. Teve alta com suplementação de cloreto de potássio e espironolactona e foi orientada para consulta de neurocirurgia para definição de estratégia terapêutica.
A hipocaliemia é um distúrbio hidroeletrolítico com uma enorme diversidade de etiologias. A procura de causas menos frequentes é importante em doentes em que a hipocaliemia é persistente apesar da optimização terapêutica. O SC é uma das etiologias possíveis, sendo que a determinação da dependência ou não do ACTH é um passo importante para a definição do restante plano.

P n.º 2759

Inibidores da acetilcolinesterase como causa de bradicardia: um caso clínico

Inês Matos Ferreira(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Inês Fiúza m. Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Amanda Hirschfeld(1);Cláudia Maciel Perez(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Medicina geriátrica

A rivastigmina é um dos três inibidores da acetilcolinesterase aprovados para a Doença de Alzheimer, e parece ser a mais selectiva para o receptor cortical da acetilcolinesterase, sendo a que tem menos efeitos secundários. Ainda assim, sabe-se que o aumento do nível de acetilcolina aumenta o tónus parassimpático no nódulo sinusal, causando bradicardia e consequentemente síncopes e quedas. Tanto a rivastigmina como o donepezilo estão associados em vários estudos a um aumento das hospitalizações por bradicardia, sendo por vezes ponderado o risco e benefício de colocação de pacemaker de modo a permitir a continuação da terapêutica. Apresenta-se uma mulher de 87 anos, com diagnóstico de Doença de Alzheimer, cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca, HTA e dislipidémia, que é transportada ao Serviço de Urgência por episódio de precordialgia com tontura associada em repouso, com referência a uma frequência cardíaca de 35 bpm objectivada pela enfermeira presente no centro de dia. À admissão apresentava-se sem alterações ao exame objectivo, com um ritmo sinusal de 60 bpm em electrocardiograma e sem elevação dos marcadores de necrose miocárdica. Foi internada para estudo da bradicardia, tendo realizado Holter que relata uma frequência média de 67 bpm, mínima de 36 bpm diurna, e 3 pausas não superiores a 2.5 segundos. Foi revista a medicação de ambulatório, onde se aponta que a doente estava sob terapêutica com rivastigmina e donepezilo, sendo ambos inibidores da acetilcolinesterase associados a bradicardia. O caso foi discutido em conjunto com a Cardiologia e a Neurologia, tendo sido a rivastigmina substituída por memantina, e tendo sido encaminhada a consulta de Cardiologia para vigilância da bradicardia e eventual colocação de pacemaker electivo. Este caso vem demonstrar a dificuldade na gestão do doente idoso polimedicado, em que por vezes se pondera a colocação de pacemaker para manter medicação que permite ao doente ter mais tempo de vida com qualidade.

P n.º 2763

Poliartralgias: quando o mais comum parece o mais improvável.

Dra. Martinha Vale(1);Inês Araújo(1);Carlos Nogueira(1);Marta Pereira(1);Ana Isabel Oliveira(1);Margarida Robalo(1);Carla Maravilha(1);Sofia Esperança(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO
As poliartralgias são um sintoma muito frequente, com um variado leque etiológico. A anamnese e o exame físico são essenciais para a orientação do estudo diagnóstico.

CASO CLÍNICO
Homem de 73 anos, autónomo, residente em Angola, antecedentes de malária, consumos alcoólicos excessivos, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de mialgias e poliartralgias generalizadas, de predomínio direito, intensas, a condicionar incapacidade de deambulação, com 2 meses de evolução e agravamento progressivo, associadas a anorexia e astenia.

Ao exame físico, dor generalizada de todos os grupos musculares, principalmente do membro superior direito. Artrite do cotovelo direito, edema bilateral dos punhos e de várias articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais. Artrite bilateral dos joelhos com derrame bilateral exuberante. Edema global dos pés. Esplenomegalia palpável.

Do estudo realizado, verificou-se anemia macrocítica com défice de ácido fólico e características inflamatórias, leucocitose (18.000/uL) com neutrofilia e elevação da PCR (598 mg/L), procalcitonina (4.23ng/ml) e velocidade de sedimentação (120mm/s). Citolestase moderada. Ácido úrico aumentado. Serologias de HIV e hepatites víricas negativas, VRDL não reativo, hemoculturas e urocultura negativas.
TC toracoabdominopélvico com hepatoesplenomegalia ligeira. TC cerebral com sinais de leucoencefalopatia isquémica.
Artrocentese diagnóstica do joelho direito com líquido sinovial leitoso, com viscosidade muito aumentada e presença de incontáveis cristais de monourato de sódio à microscopia.
Concluiu-se tratar-se de artropatia gotosa com atingimento sistémico. Iniciou prednisolona e colchicina com boa resposta clínica, com controlo das queixas álgicas e retoma da marcha, e melhoria analítica. Alta medicado com alopurinol 300mg id, redução da corticoterapia e abstinência alcoólica.

DISCUSSÃO
Destaca-se a exuberância da apresentação clínica e analítica deste quadro, fazendo diagnóstico diferencial com quadro séptico, autoimune ou outros síndromes autoinflamatórios.
A avaliação de cristais de monourato de sódio determina o diagnóstico definitivo de gota.
Reforça-se a importância do controlo da hiperuricemia pelo seu impacto na qualidade de vida e pelo seu papel como fator de risco vascular modificável.

P n.º 2769

Endocardite e bacterémia a Streptococcus Cristatus - um agente raro

André Lobo(1);Ana Sofia Silva(1);Rita Rei Neto(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O Streptococcus Cristatus é parte do grupo streptocóccico Mitis, fazendo parte da flora bacteriana da cavidade oral. É, no entanto, um agente causador de doença raro, existindo menos de uma dezena de casos publicados em o mesmo foi identificado como agente de endocardite e bacterémia.
Caso clínico: Homem, 68 anos, autónomo e cognitivamente íntegro. Apresentava como antecedentes de relevo insuficiência aórtica grave e insuficiência mitral ligeira. Doente apresentava clínica de febre sem foco com 2 semanas de evolução. Realizou ecocardiograma transtorácico neste contexto demonstrando várias vegetações na válvula aórtica, a maior das quais de 22x17 mm com insuficiência aórtica grave já conhecida. Demonstrou ainda achados sugestivos de vegetações na válvula mitral, com insuficiência ligeira. Foram colhidas 4 hemoculturas que identificaram: Streptococcus cristatus MS (familia viridans MIC intermedia à penicilina 0.25). Os achados no ecocardiograma transtorácico foram confirmados com ecocardiograma transesofágico. O foco da bacterémia e endocardite foi identificado tendo provável origem dentária, apresentando o doente 2 lesões a este nível, uma das quais necrosada. Foi também identificado um enfarte esplénico de pequenas dimensões, resultado de provável embolização sética. Assim, foi assumido um quadro de endocardite e bacterémia por Streptococcus cristatus MS tendo sido inicia antibioterapia com Penicilina G + Gentamicina durante 3 semanas, altura em que o doente foi submetido a uma intervenção cirúrgica com substituição valvular aórtica e remoção de vegetações da válvula mitral, tendo cumprido posteriormente antibioterapia até completar 6 semanas após hemoculturas negativas. Tratamento cirúrgico e antibiótico revelaram-se eficazes, com culturas de material intra-operatório e hemoculturas negativas, não ocorrendo novas intercorrências durante o seguimento do doente.
Discussão: Este caso representa um de raríssimos casos descritos de endocardite e bacteremia por Streptococcus Cristatus, sendo de particular relevo pelas dimensão e multiplicidade das vegetações, a embolização e pelo facto de ter existido necessidade de tratamento cirúrgico, reforçando o papel deste agente como possível causa de endocardite bacteriana.

P n.º 2770

Neuro-Behçet: a propósito de um caso clínico

Ana Rita Ferreira(1);Inês Matias Lopes(1);Sofia Magno Pinto(1);Constança Jalles(1);Armando Braz(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica que envolve vasos de qualquer calibre. O Neuro-Behçet é uma manifestação incomum e tardia e envolve preferencialmente o tronco cerebral. Caso clínico: Mulher de 31 anos, com antecedentes de hiperemia ocular recorrente ao nível do olho esquerdo (OE) e aftas dolorosas frequentes. Admitida por diminuição da acuidade visual do OE, vertigem, cefaleia, fotofobia e sonofobia. Na observação com estigmas de inflamação ocular prévia binocular, desvio do olhar conjugado para a direita, limitação na adução do OD e na abdução do OE, disartria, ataxia da marcha e úlceras genitais. Tinha anemia normocítica normocrómica, PCR 2 mg/dL e velocidade de sedimentação 94 mm/1ºh. A TC-CE foi inconclusiva. Evolução desfavorável com aparecimento de nistagmo vertical, ataxia apendicular do membro superior direito e dos membros inferiores e hipoestesia e parestesias da face e hemicorpo direitos. Colocada a hipótese de romboencefalite. A avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou apenas hiperproteinorraquia e o painel FilmArray para a deteção de agentes de meningite/encefalite foi negativo. RM-CE com lesão na ponte e no hemisfério cerebeloso direito, lesões essas que podiam estar relacionadas com romboencefalite por Listeria monocytogenes pelo que iniciou ampicilina que foi suspensa quando se excluiu a presença deste agente no LCR. Tinha ANA, anti-dsDNA e ANCA negativos e teste da Patergia positivo. Admitido o diagnóstico neuro-Behçet pelo que cumpriu metilprednisolona 1g durante 5 dias, transitando posteriormente para prednisolona 1 mg/Kg/dia com resposta clínica, laboratorial e imagiológica. Conclusão: O envolvimento neurológico da doença de Behçet é infrequente, ainda mais numa doente sem diagnóstico prévio desta doença. A correlação entre sintomas prévios e sinais atuais foi fundamental para o diagnóstico e atuação terapêutica precoce, o que é preponderante dado o risco de incapacidade funcional grave e de morte.

P n.º 2771

Covid19 com pneumonia organizativa, em doente jovem sob Ocrelizumab com hipogamaglobulinemia

Sofia Magno Pinto(1);Inês Matias Lopes(1);Constança Jalles(1);Ana Rita Ferreira(1);Henrique Atalaia Barbacena(1);Armando Lopes Braz(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
Doente 26 anos, vacinada contra covid19, sob Ocrelizumab por Esclerose Múltipla. Covid19 positiva a 06/2021, com pneumonia com sobreinfeção bacteriana e evolução organizativa. Sob glucocorticóides e cinesioterapia respiratória, mantendo dispneia para esforços. Nos meses seguintes, permanente positividade para covid19 e não resolução da pneumonia. Com a investigação, revelou-se ausência de resposta imunológica, numa doente sob Ocrelizumab com hipogamaglobulinemia e sem anticorpos detetáveis, embora vacinada e infetada desde há 9 meses.
Caso Clinico
Foi ao SU a 04/2022 por cansaço e dispneia, com SpO2 de 86% com o esforço. Infeção em Julho de 2021, desde então ENFs permanentemente positivos e Pneumonia Organizativa desde o diagnóstico inicial. Foi internada, repetido teste Covid19 sendo positivo e realizada contagem de CTs <30ciclos.Tinha anticorpos para Covid19 negativos (<0.4U/mL) e viremia positiva (268,2 cópias virais/mL). Imagiologicamente, comparando a exames anteriores, com agravamento e envolvimento de 50% do parênquima com pneumonite organizativa. Iniciou Metilprednisolona e Remdesivir, com boa resposta. Contabilizaram-se imunoglobulinas: IgG 283mg/dL (VR: 700-1600); IgA 33mg/dL (VR: 70-400); IgM <5mg/dL (VR: 40-230) e foi administrada Imunoglobulina total. Teve alta sob cinesiterapia e suplementação de Ig total, com melhoria clinica sustentada.
Discussão
Infeção pulmonar e limitação funcional prolongadas por resposta imunitária ineficiente por imunossupressão. Sem resposta à vacinação agravada por administração da vacina próxima da toma de Ocrelizumab. Concomitantemente, presença de hipogamaglobulinemia, efeito secundário do uso prolongado de Ocrelizumab, agravando a imunodeficiência. Assim, deve ser tentada a integração das características da doença cronica e terapêuticas habituais na intercorrência infeciosa. Ponderar esquemas de corticoterapia mais longos, reposição de imunoglobulinas e toma de Ocrelizumab em fases de menor atividade da doença.

P n.º 2774

Um doente VIH+ - consequências da negação do diagnóstico

Gregória Maria Baió(1);Margarida Midões Almeida(1);Maria Luisa Sánchez(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência humana (VIH) é crónica e afeta o sistema imunitário, o seu tratamento com antiretrovirais apesar de não ser curativo, permite primariamente reduzir o risco de morbomortalidade através da supressão viral.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 35 anos de idade, fumador, hábitos etílicos marcados e diagnóstico de VIH em 2020 mas, sem seguimento e terapêutica por opção (carga viral 188000, contagem de CD4 15) e, agora com critérios de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Internado por quadro de febre com 8 dias de evolução, fadiga, sudorese e lesões cutâneas diversas. À observação pele com extensas lesões maculopapulares eritemato-pruriginosas a nível do tronco, dorso e membros superiores compatíveis com dermatite seborreica habitualmente associada a imunossupressão. Foram objetivadas lesões pupúricas com algumas áreas de necrose nos 2/3 inferiores dos membros inferiores associados a dor à palpação e edema sem godet quadro compatível com vasculite leucocitoclásica. A nível da orofaringe observaram-se lesões em placa esbranquiçada na mucosa oral bem como lesões de base ulcerada e dolorosas com impacto na alimentação, sugestivas de candidíase oral e mucosite oral. Iniciou prednisolona oral 0.5mg/kg/dia, solução oral com nistatina, lidocaína e bicarbonato, hidroxizina 25mg, emoliente 2 vezes ao dia nas áreas de pele seca, iniciou também terapêutica antiretroviral Emtricitabina/Tenofovir 200+245mg diariamente e raltegravir 400mg 12/12h. Foi também medicado com ceftriaxone e azitromicina, 10 e 5 dias respetivamente. Tendo-se observado regressão progressiva das lesões cutâneas, apirexia e analiticamente com parâmetros inflamatórios em cinética descendente.
Discussão: Na ausência de tratamento para a infeção VIH, os doentes são mais propensos a infeções graves e oportunistas e podem desenvolver SIDA. Diversos são os fatores relacionados à não adesão terapêutica, contudo, é importante educação dos doentes para os benefícios do tratamento e para as consequência a qualidade e esperança média de vida.

P n.º 2779

Doença cavitária pulmonar – para além da tuberculose

Filipa Macieira(1);Constança Azeredo(1);Maria Ana Pinheiro(1);Sara Ramos(1);Ana Luísa Fernandes(1);Hugo Oliveira(1);Cristina Rodrigues(1)
(1) ULSMatosinhos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Cavitação é um espaço preenchido por gás que pode incluir-se numa consolidação pulmonar, massa ou nódulo. Existe um espetro alargado de patologias que se podem apresentar com cavitações pulmonares e incluem doenças infeciosas, reumatológicas ou neoplásicas. Características radiológicas e uma adequada história clínica podem levantar uma suspeita, mas o diagnóstico definitivo pode ser um desafio.
Doente do sexo masculino de 60 anos, com antecedentes de carcinoma de pequenas células do pulmão estadio IV e com suspeita de tuberculose pulmonar (TP) por alterações radiológicas características em TC-tórax sem confirmação. Apresenta-se com quadro de 5 dias de agravamento do seu padrão habitual de dispneia, tosse produtiva e dor no hemitórax esquerdo. À auscultação pulmonar com crepitações no hemitórax esquerdo e analiticamente parâmetros inflamatórios aumentados. TC-tórax revela extensa consolidação pneumónica com cavitação no lobo superior esquerdo. A broncofibroscopia revela no segmento posterior do lobo superior direito uma lesão gelatinosa cuja histologia mostra metaplasia pavimentosa e fragmentos de hifas fúngicas com necrose sugestivas de Aspergillus (AS). Nos lavados brônquico e alveolar isola-se AS fumigatus. Apesar de início de voriconazol IV, há agravamento clínico e o doente acaba por falecer.
O diagnóstico de aspergilose invasiva (AI) é definido, de acordo com o espetro de certeza, como possível, provável ou confirmado. A presença de hifas numa biópsia de tecido afetado representa um diagnóstico confirmado de AI, como o deste caso. AI pode apresentar-se com febre, fadiga, dor torácica, tosse ou hemoptises, clínica em tudo semelhante ao curso de doença da TP, prevalente em Portugal, para além de que ambos podem associar-se a contexto de imunossupressão como o deste doente. Com este caso pretendemos recordar esta entidade diagnóstica, sobretudo em quadros de imunossupressão e em que as alterações imagiológicas podem ser compatíveis com um grande espetro de doenças.

P n.º 2780

Lesão renal, nem sempre é o que parece

João Pedro Cardoso(1);Pedro Rodrigues(1);Patrícia Rocha(1);Andreia Coutinho(1);Bernardo Silvério(1);Inês Albuquerque(1);Pedro Moura(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças renais

Introdução
Doente com lesão renal aguda, inicialmente com suspeita de etiologia renal por toma de antibioterapia, mas nem sempre a causa é a que parece mais óbvia.
Caso Clínico
2 anos, antecedentes relevantes de adenoma da suprarrenal, hipertensa~o arterial e afasia mista como sequela de um acidente vascular cerebral. R Recorre a` Urge^ncia por quadro de vo´mitos com cerca de 2 dias de evoluc¸a~o , que associava a toma de Levofloxacina iniciada por infeção respiratória 5 dias antes. Após observação ficou internado por agravamento da função renal (Creatinina à admissão de 7,35mg/dL), assumida inicialmente a Nefrite Intersticial Aguda, associada a toma de Levofloxacina, como sendo a causa mais provável. Num doente sem antecedentes de doença renal crónica, foi iniciada fluidoterapia, com ligeira melhoria mas mantendo sempre valores de creatinina elevados, até estabilização nos 2.20-2.50mg/dL. Doente sempre com diurese mantida, realizou estudos complementares para investigação etiológica da lesão, tendo ecografia sem alterações relevantes, urina de 24h sem proteinuria e com microalbuminúria 141 ug/min. Após Imunosubtração positiva para IgG Kappa e aumento das cadeias Kappa e Lambda no sangue e urina, realizou medulograma que revelou pico monoclonal de IgG, tendo a Imunofenotipagem revelado o fenótipo não ser característico de Mieloma Múltiplo. Radiografias do esqueleto ósseo não foram conclusivas, pelo que se realizou cintigrafia óssea que revelou lesão na porção lateral do 6º arco costal direito, compatível com plasmocitoma.
Conclusão
Nem sempre as causas de lesão renal são claras e uma investigação sistematizada é essencial na obtenção de diagnóstico para melhor orientação terapêutica. Por vezes, a razão aparentemente mais óbvia, não é a principal causa de patologia.

P n.º 2782
Quando tudo corre mal
Cátia Margarida Teixeira(1);Claudia Matos Dinis(1);Alexandra Cruz Dias(1);Maria Aurora Duarte(1)
(1) CHMT – H Tomar

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 87 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, protese aórtica biológica e úlceras venosas dos membros inferiores. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de 3 dias de evolução de vómitos, anorexia e febre. Tinha sido medicada dois dias antes com amoxicilina por uma úlcera infetada do membro inferior direito. Ao exame objetivo não apresentava alterações. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, PCR 36.35mg/dL, procalcitonina 6.45, sumaria de urina e rx de torax sem alterações. Foi assumido o diagnóstico de úlcera venosa infetada e a doente ficou internada e medicada com piperacilinaTazobactam. Por recrudescência da febre realizou ecocardiograma no qual se observou na face auricular esquerda, pequena imagem ecodensa,aparentemente apensa ao folheto anterior que em sistole faz procidencia para a auricula esquerda, sendo levantada a suspeita de endocardite. Hemoculturas foram positivas para Achromobacter Xylosoxidans subesp Xylosoxidans, sensível a piperacilina/Tazobactam e meropenem. Tendo iniciado meropenem com posterior negativação dos parâmetros inflamatórios e posteriormente com hemoculturas negativas (após 3 semanas de antibiotico). Às 5 semanas reinicia picos febris pelo que repete ecocardiograma transesofágico que refere: “Válvula mitral com pequena imagem movel na face ventricular esq aparentemente apensa ao anel posterior/folheto (nova vegetação?)”. Hemoculturas mantêm-se positivas para o mesmo agente. Discute-se caso com cardiologia que assume falência antibiótica e que sugere discussão com infeciologia. Após discussão com infeciologia decide-se por realizar TC de corpo e RM de craneo para excluir foco infecioso oculto e reiniciou meropenem, e apresentou uma reação com eritema generalizado. Passados três dias, inicia piperacilinaTazobactam e apresenta reação cutânea, com eritema descamativo. Os exames de imagem realizados não demonstram alterações e a doente tem picos febris. Perante a inexistência de outro antibiótico ao qual a bactéria seja suscetível, fez-se reintrodução de piperacilinaTazobactam com prémedicação. Tendo a doente evoluido favoravelmente. A beleza deste caso está nas multiplas intercorrencias, desde a endocardite que não afeta a protese, ao facto de se tratar de uma bacteria pouco frequente e as reações adversas a farmacos.

P n.º 2801

Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco como manifestação inaugural de Esclerose sistémica

Ana Rodrigues(1);Daniela Antunes(1);Joana Correia(1);Hélia Martins(1);Prof. Dr. João Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Esclerose Sistémica é uma doença sistémica inflamatória crónica, que se carateriza por inflamação, fibrose dos tecidos e alterações dos vasos sanguíneos, afetando vários órgãos, sobretudo pele, tubo digestivo, pulmões, rins e coração.
É uma doença muito rara.
A sua causa é desconhecida. Pensa-se que fatores genéticos influenciam a suscetibilidade e expressão da doença. As manifestações dependem dos órgãos atingidos.
O diagnóstico é feito com base nas manifestações clínicas e exames complementares que auxiliam no diagnóstico e identificar os órgãos envolvidos. Destacam-se: anticorpos anti nucleares(ANA), capilaroscopia(CP), provas de função respiratória(PFR) e ecocardiograma(ECO). Poderá ser útil realizar tomografia computorizada torácica (TC-T), endoscopia digestiva alta, manometria esofágica, entre outros.
Caso clínico:
Os autores apresentam um caso, doente sexo masculino, 37 anos, admitido com sinais de tamponamento cardíaco (Triade de Beck), apresentado ainda quadro com cansaço com longo tempo de evolução, agravado com ortopneia e dispneia paroxística noturna, com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava ainda espessamento da pele na face, dorso das maos, dedos e pernas. Perda de substancia das polpas digitais bilateralmente. Feita ecoscopia que mostrou derrame pericárdico volumoso e disfunção sistólica significativa do Ventriculo Esquerdo. Doente realizou pericardiocentese e foi posteriormente internado para estudo.
Do estudo realizado destaca-se:
ECO: depressão moderada da Fração de ejeção(36%) TC-T:"...Volumoso derrame pericárdico com 3 cm de espessura. Derrame pleural bilateral..."
CP: com padrão ativo
PFR: CVF 91%;DLCOSB 77%
ANA: positivos
Estudo do líquido pericárdico: sem alterações de relevo.
Durante o internamento o doente teve uma evolução clínica e analítica favorável.
O doente foi referenciado para consulta de Reumatologia, onde iniciou tratamento imunossupressor com ciclofosfamida que teve de ser interrompido por toxicidade renal, tendo-se instituída posteriormente corticoterapia e tratamento médico para a insuficiência cardíaca.
O conhecimento das patologias auto-imunes é de extrema importância para que se consigam diagnosticar de uma forma célere, instituindo terapêutica disponível de forma a minimizar complicações e melhorar o prognóstico.

P n.º 2807

A importância do diagnóstico diferencial

Luís Henrique Luz(1);Nádia Dos Santos(1);Filipe Pimenta Ribeira(1);Vânia Rodrigues(1);Carla Falcão(1);Helena Carrondo(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A abordagem diagnóstica da anemia constitui um exercício recorrente, e ainda assim sempre desafiante, em Medicina. Torna-se, por isso mesmo, essencial conhecer e sistematizar as diferentes entidades etiológicas e aplicar adequadamente os métodos complementares de diagnóstico a cada cenário clinico. Os autores apresentam um caso de uma mulher de 67 anos, com antecedentes de hipertensão, medicada com diuréticos, sem mais fatores de risco associados, que recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de astenia marcada, com um mês de evolução. Associadamente apresentava história de artralgias de padrão misto, de etiologia não esclarecida e lesão eritematosa da face, com 2 anos de evolução. Ao exame objetivo verificou-se cansaço fácil, para pequenos esforços, e palidez mucocutânea. Negava perdas hemáticas gastrointestinais ou ginecológicas, alterações de trânsito gastrointestinal, anorexia ou perda ponderal. À avaliação complementar inicial constatou-se anemia ferropénica, de 3.0 mg/dL de hemoglobina, microcitica e hipocrómica, sem evidência de perdas hemáticas macroscópicas. Foi internada para estudo etiológico, com marcha diagnóstica exaustiva, a fim de descartar etiologia neoplásica, hemorrágica, infeciosa ou autoimune. O estudo endoscópico gastrointestinal e estudo ginecológico revelou-se inocente, e o estudo autoimune permaneceu pendente. A realização de enteroressonância magnética foi o passo seguinte, e determinante para o diagnóstico, com observação de um padrão inflamatório no intestino delgado, culminando com diagnóstico de Doença de Crohn. Este caso revelou-se rico pela revisão de etiologia da anemia e revisão epidemiológica e clinica da doença inflamatória intestinal.

P n.º 2809

Plaquetas quase abaixo de zero - Trombocitopenia aguda infeciosa

Ana Teresa Guimarães Abreu Ferreira da Rocha(1);Carla Gomes(1);Rita Silva(1);Jennifer Fontebasso Costa(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unid. Hospitalar Bragança

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A trombocitopenia é uma das doenças hematológicas mais comuns, caracterizada por um baixo número de plaquetas, por múltiplas causas. Ampla expressividade clinica, pode ser assintomática ou até por a vida em risco. Por vezes pode ser o primeiro sinal de neoplasias hematologicas, doenças infeciosas, disturbios autoimunes e também ser causada secundariamente por muitos farmacos.
Caso Clinico: Feminino, 68 anos. Hipertensa e obesa. Admitida para substituição de protese do joelho esquerdo por sinais inflamatorios/infeciosos. Isolado Staphylococcus epidermidis MR. Iniciou Vancomicina e Heparina baixo peso molecular (HBPM). Apos 7 dias da intervenção, trombocitopenia grave (Plaquetas 1 x 109) sendo suspensa HBPM Clinicamente com petequias do palato e dos membros inferiores. Iniciou metilprednisolona e fez pool de plaquetas sem rendimento. Uma vez que não houve melhoria dos valores decidiu-se iniciar imunoglobulina. Discutido com Hematologia, realizado mielograma e estudo imunologico não se observando alterações de relevo. Alterou-se tambem antibioterapia para Toeicoplanina, com melhoria da citopenia. Assumido assim trombocitopenia num contexto infecioso / toxico.
Discussão: A abordagem mais importante para o sucesso do tratamento das trombocitopenias é a compreensão do processo fisiopatológicos subjacente ao seu desenvolvimento. Uma anamnese e exame físico completo poderão ser uma mais valia na investigação e guiar-nos para possíveis doenças subjacentes e tratamentos médicos. Quando o diagnóstico diferencial é problemático, por vezes um trial terapeutico pode ajudar a esclarecer a causa.

P n.º 2810
Quando o coração é o foco

Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);André Alçada Fernandes(1);Hugo Pêgo(1);Sara Freitas(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa (EI) é uma infeção das estruturas intracardíacas que resulta da proliferação de microrganismos no endocárdio, envolvendo maioritariamente as válvulas, tipicamente do lado esquerdo do coração. As vegetações valvulares podem originar êmbolos sépticos e causar acidentes vasculares cerebrais (AVC) cardioembólicos.
Mulher de 83 anos, autónoma. História de hipertensão arterial, tremor essencial, síndrome vertiginoso periférico, tumor mastóide direita submetida a mastoidectomia e otite média crónica à esquerda pós-sarampo a condicionar hipoacúsia de condução. Admitida por quadro de confusão e desorientação com três dias de evolução, febre e queda. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios, antigenúrias a pneumococos e legionella negativas. Exame sumário de urina, radiografia de tórax, TC crânio e ecografia abdominal sem alterações. Realizada punção lombar com LCR sem alterações patológicas, nomeadamente proteinorraquia ou glicopenia. O ECG identificou fibrilhação auricular de novo, tendo iniciado hipocoagulação terapêutica. Ecocardiograma sem evidência de vegetações. Colheu culturas e iniciou antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico. As hemoculturas isolaram Staphylococcus aureus multisensível. Com o decorrer do internamento destaca-se sopro sistólico grau II audível no foco mitral e aparecimento de lesões eritematosas dispersas mais evidentes na região plantar, palmas a parte distal dos dedos dos pés compatíveis com lesões de Janeway, tendo realizado ecocardiograma que confirmou a suspeita de endocardite válvula mitral. Desenvolveu paresia do membro superior direito de predomínio proximal, fez TC crânio com achados compatíveis com AVC hemorrágico subcortical occipital esquerdo em provável contexto de embolia séptica com transformação hemorrágica.
Com este caso realça-se a particular importância do diagnóstico de EI pela relevância da identificação de complicações associadas, uma vez que muitas vezes estes eventos são silenciosos e influenciam negativamente o prognóstico.

P n.º 2816

Rash cutâneo extenso: relembrar a síndrome de DRESS induzido por alopurinol

Mário Gil Fontoura(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Outro

Um homem de 83 anos dá entrada no SU por quadro de rash cutâneo generalizado pruriginoso, febre e astenia com 2 semanas de evolução. Ao exame físico o doente apresentava-se febril, com perfil tensional hipotensivo. O doente encontrava-se medicado com alopurinol que tinha iniciado há 3 semanas. No estudo analítico identificada leucocitose com eosinofilia e creatinina 1,6 mg/dL, padrão de citocolestase hepática e elevação da proteína C reativa. Pedido esfregaço de sangue periférico, rastreio séptico e iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxona, tendo sido o doente internado no Serviço de Medicina Interna. Pela suspeita de síndrome de DRESS induzida por alopurinol, este foi suspenso e foi iniciada corticoterapia. O esfregaço de sangue periférico mostrava linfócitos atípicos; a hemo e urocultura não isolaram nenhum agente microbiológico. Foram pedidas serologias para HBV, HCV, Mycoplasma e Chlamydia bem como estudo autoimune com ANA, todos sem positividade. Realizada biópsia de pele cujo resultado era compatível com reação de hipersensibilidade. Atendendo à introdução recente do alopurinol, febre, rash cutâneo com atingimento >50% da superfície corporal, eosinofilia, atingimento hepático/renal, presença de linfócitos atípicos e exclusão de outras etiologias, foi estabelecido o diagnóstico de DRESS induzido por alopurinol. Após 2 semanas de suspensão do fármaco e corticoterapia, o doente apresentou melhoria clínica, tendo tido alta para domicílio e orientado para Consulta Externa de Medicina Interna.
A síndrome de DRESS é uma entidade rara, que se apresenta normalmente com rash cutâneo, linfadenopatia, eosinofilia e atingimento de outros órgãos, contudo, o diagnóstico deste pode ser difícil pela variabilidade de outras apresentações clínicas que esta entidade pode ter. Este relato de caso vem reforçar a importância de estar alerta para este diagnóstico bem como para o atempado tratamento e suspensão do fármaco responsável, atendendo ao possível desfecho fatal que pode ocorrer.

P n.º 2819

Síndrome de Wellens: um padrão negligenciado

Natacha Mendonça(1);César Lourenço(1);Helena Rita Antunes(1);Inês Amarante(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome de Wellens é um tipo de angina instável que se caracteriza por alterações específicas da onda T no eletrocardiograma (ECG) e que está associada à estenose grave do segmento proximal da descendente anterior. Por nem sempre cursar com sintomatologia típica e poder apresentar níveis séricos de biomarcadores de necrose miocárdica (MNM) normais ou apenas ligeiramente elevados, torna-se importante o seu reconhecimento precoce de modo a tratá-la prematuramente, reduzindo o significativo risco de morbimortalidade associado.
Descreve-se o caso de um homem de 55 anos, que apresentava como principais fatores de risco cardiovascular hipertensão arterial medicada e tabagismo activo. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por toracalgia retroesternal opressiva, sem irradiação, com 1 dia de evolução. Ao exame objectivo, apresentava-se normotenso, normocárdico e eupneico em ar ambiente. Perante a hipótese diagnóstica de angina instável, realizou ECG de 12 derivações com ritmo sinusal com frequência cardíaca (FC) 81bpm, com onda T bifásica de V2-V6, sem alterações do segmento ST-T. Analiticamente sem elevação dos primeiros MNM. Durante a sua permanência em SU, novo episódio de dor torácica, tendo realizado 2º ECG salientando-se ondas T negativas, simétricas profundas nas derivações precordiais V2-V6, segmento ST isoelétrico e normal progressão de onda R. Com elevação marginal dos MNM seriados. Pedido parecer a Cardiologia com inidicação internamento para prosseguir estudo. Posteriormente, realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) que mostrou acinésia do apéx e do segmento médio do septo interventricular. Coronariografia confirmou estenose de 80% da porção proximal da artéria descendente anterior, com necessidade de angioplastia e colocação de stents, com bom resultado angiográfico final. Internamento decorreu sem intercorrências, sem recorrência de dor torácica, cinética descendente dos MNM.
Em Portugal, as doenças cardiovasculares continuam a ser umas das principais causas de morbimortalidade, com ênfase na cardiopatia isquémica. Apesar das alterações eletrocardiográficas subtis, a suspeição clínica e a sua valorização, permitem tratamento atempado de lesões coronárias e, assim, a redução significativa de repercussões graves, incluindo risco de morte.

P n.º 2823

Colangite Biliar Primária - relato de um caso

Nereida Fernandes Monteiro(1);Elsa Araújo(1);Inês Araújo Ferreira(1);Rafael Lopes Freitas(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE/ Hospital Conde de Bertiandos

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A Colangite Biliar Primária (CBP) é uma doença autoimune rara, frequentemente assintomática no momento do diagnóstico, que afeta sobretudo mulheres, entre a 3ª e 6ª décadas de vida. Quando presentes, os sintomas mais frequentes são a fadiga e o prurido. Analiticamente os doentes costumam apresentar colestase com aumento discreto das aminotransferases, anticorpos antimitocondriais (AMA) e/ou antinucleares positivos e dislipidemia. A biópsia hepática não está indicada por rotina, mas é útil não só para o estadiamento como para o diagnóstico nos casos que suscitam dúvidas.

CASO CLÍNICO: Homem de 62 anos, com antecedentes de Dislipidemia medicado com atorvastatina, sem hábitos alccólicos e tabágicos nem história familiar de doença hepática. Referenciado à consulta de Medicina Interna por urticária migratória com cerca de 1 ano de evolução, sem factores desencadiantes identificados e sem resolução após corticoterapia e toma de antihistamínicos. Sem outras queixas para além do prurido nem outras alterações ao exame físico para além de urticária nos membros. Analiticamente com fosfatase alcalina (FA) 95, GGT 90, ALT 38, AST 48, triglicerídeos 479, colesterol total 210, LDLc 74, HDLc 48. Realizada ecografia abdominal com esteatose hepática, sem ectasias nem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. O estudo imunológico revelou AC-21 citoplasmático reticular/AMA positivo (1/160) e anti LC-1 positivo. Realizada biópsia hepática que demonstrou achados histológicos compatíveis com CBP tipo I. O doente iniciou ácido ursodesoxicólico, foi referenciado para a consulta de Hepatologia e fez-se o ajuste da terapêutica antidislipidémica.

DISCUSSÃO: Apesar de ser uma entidade rara, a CBP deve fazer parte do diagnóstico diferencial do prurido de etiologia não esclarecida, em ambos os sexos e independentemente da idade. Na presença de FA dentro dos valores da normalidade e AMA positivos, a biópsia hepática constitui um aliado importante para o diagnóstico, sobretudo quando a suspeita clínica é baixa.

P n.º 2825

Colite pseudomembranosa – uma marcha diagnóstica desafiante

Maria Helena Rocha(1);Sara Gil Santos(1);Jorge Oliveira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A colite pseudomembranosa é uma infeção causada por Clostridioides dificille, uma bactéria que invade o trato gastrointestinal quando a flora normal fica comprometida, habitualmente por terapêutica antibiótica. O sintoma cardinal é a diarreia aquosa e o diagnóstico é baseado na deteção da toxina ou DNA em fezes líquidas ou outras amostras biológicas. A apresentação sem diarreia é extremamente rara, dificulta o diagnóstico e associa-se a maior gravidade.
Mulher de 85 anos, internamento recente por herpes zooster, tratada com aciclovir e, por suspeita de sobre infeção bacteriana, clindamicina. Recorreu ao serviço de urgência por dor peri-umbilical tipo cólica com irradiação para o flanco esquerdo. Referia dejeções menos frequentes e em menor quantidade, mas de caraterísticas normais. À observação, febril, com dor e defesa à palpação abdominal generalizada e ruídos hidroaéreos presentes. A ecografia abdominal revelou espessamento da vertente distal do colon com hiperecogenicidade da gordura envolvente. Analiticamente, leucocitose (24,31 x 109/L), proteína C reativa de 214 mg/L. Foi realizada tomografia computorizada abdomino-pélvica (TC AP) que relevou “acentuado espessamento parietal do cólon distal e reto e densificação da gordura envolvente traduzindo colite, provavelmente infeciosa”. A doente não tinha dejeções para colheita de fezes, tendo sido iniciada antibioterapia empírica com ceftriaxone e metronidazol. Após 72 horas de internamento, sem dejeções e com o abdómen progressivamente mais distendido e doloroso. Apesar de apirética, os parâmetros inflamatórios mantinham-se em perfil ascendente. Foi solicitada retosigmoidoscopia para apreciação do aspeto da mucosa cólica e colheita de amostras para análise microbiológica, que revelou “placas amareladas aderentes a` mucosa (pseudomembranas) sugestivas de infec¸a~o por Clostridioides difficile”. Após 48h com vancomicina oral 125 mg 6/6h apresentava melhoria clínica e analítica significativas. As amostras colhidas de biópsia cólica confirmaram a positividade para Clostridioides dificille.
A colite pseudomembranosa é uma infeção grave e permanece uma das principais causas de morbimortalidade associada aos cuidados de saúde na população idosa. A suspeição clínica é fundamental, principalmente se a diarreia estiver ausente.

P n.º 2830

Síndrome da sela turca vazia: causa rara de hipopituitarismo e hiponatremia

Marta Costa Vaz de Matos(1);Tânia Lopes(1);António Lamas(1);Diana Rocha(1);Silvia Santos Monteiro(1);João Maia Neves(1);Luísa Serpa Pinto(1);Tomás Fonseca(1);Rosa Ribeiro(1);Joao Araujo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Sela turca vazia é um achado neurorradiológico associado a achatamento variável da hipófise e herniação do espaço subaracnoideu na sela turca, frequentemente sem implicações clínicas. A síndrome da sela turca vazia (SSTV) é definida pela presença de disfunção pituitária e/ou sintomas neurológicos por coexistência de hipertensão intracraniana. Pode ser primária ou secundária (após tratamento de tumores hipofisários; necrose espontânea (isquémica ou hemorrágica) de adenomas hipofisários; infeção ou doença autoimune hipofisária; ou traumatismo). A apresentação clínica é heterogénea, dependendo da magnitude das alterações hormonais.
Caso Clínico: Homem, 81 anos, risco vascular elevado filiado em dislipidemia, hiperuricemia sintomática, e tabagismo passado. Sem evidência de deterioração cognitiva prévia. Hiponatremia recorrente, com estudo prévio compatível com síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH). Quadro confusional agudo com 1 semana de evolução, sem clínica focalizadora de infecção. Sem défices neurológicos, euvolémico ao exame objectivo. Do estudo, hiponatremia (125mmol/L), sem lesão renal aguda. Hipopituitarismo com hipotirodismo central, insuficiência adrenal central e hipogonadismo hipogonadotrófico. Pela ausência de lesões isquémicas ou ocupantes de espaço em tomografia computorizada cranioencefálica, complementou estudo com ressonância magnética cranioencefálica a mostrar sela turca vazia, sem lesões ocupantes de espaço. Melhoria progressiva da natremia sob restrição hídrica, mas manutenção de síndrome confusional, apenas resolvido sob suplementação com prednisolona e levotiroxina.
Conclusão: A hiponatremia representa importante desafio diagnóstico, com múltiplos diagnósticos diferenciais, exigindo rigorosa abordagem sistemática. A patologia hipofisária deve ser equacionada após exclusão de outras causas mais frequentes de hiponatremia e SIADH, necessitando frequentemente de abordagem multidisciplinar.

P n.º 2839

NEFROPATIA MEMBRANOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

FERNANDO NOGUEIRA(1);MARIANA LOPES(1);FILIPA FERREIRA(1);MIGUEL RELVAS(1);NÚRIA PAULO(1);PEDRO VON HAFE(1);JORGE ALMEIDA(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças renais

INTRODUÇÃO:
A nefropatia membranosa está entre as causas mais frequentes de síndrome nefrótica no adulto. A maioria é idiopática, embora possa ser secundária a hepatite B, doenças autoimunes, tiroidite, neoplasias e certos fármacos.
CASO CLÍNICO:
Sexo masculino, 78 anos. História de diabetes mellitus com mais de 20 anos de evolução, com retinopatia, sob insulinoterapia, além de hipertensão arterial e hiperuricemia. Avaliado em consulta externa por edema marcado dos membros inferiores, com proteinúria nefrótica, assumindo-se etiologia diabética e medicando-se com furosemida, azilsartan e empagliflozina. Apesar disso, com agravamento progressivo ao longo dos dois meses seguintes, com necessidade de doses crescentes de furosemida, optando-se por estudo de síndrome nefrótica em internamento. Objetivamente hipertenso, com edema até à raiz das coxas, anemia ligeira inflamatória, hipoalbuminemia (mínimo 16 g/L), dislipidemia, proteinúria nefrótica (12 g em 24h), sem disfunção renal ou distúrbios do equilíbrio ácido-base e hidroeletrolítico. Ecografia sem sinais de nefropatia. Anticorpos anti-PLA2R positivos. Realizada biópsia renal, compatível com nefropatia membranosa. Excluídas causas secundárias. Melhoria do edema com diurético intravenoso, tendo tido alta orientado para consulta externa de Nefrologia. Mantem-se em seguimento, em avaliação para tratamento com rituximab.
DISCUSSÃO:
Apresenta-se um caso de nefropatia membranosa idiopática, com apresentação sob a forma de síndrome nefrótica. O tratamento inclui controlo da hipertensão arterial, dislipidemia e proteinúria, além de anticoagulação em casos selecionados. A remissão espontânea é possível, pelo que o tratamento com imunossupressores (corticoides, ciclofosfamida e/ou rituximab) é apenas reservado para os casos com maior risco de progressão da doença.

P n.º 2843

COVID-19, trombocitopenia imune e tromboembolismo pulmonar: casualidade ou consequência?

Inês de Almeida Ambrioso(1);Mariana Moniz Ramos(1);Marta Guisado(1);Vasco Gaspar(1);Manuela Grego(1);Luís Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Outro

Mulher, 49 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e infeção a covid-19 no ano anterior, vacinada para a Covid-19 com uma dose. Recorreu ao serviço de urgência por febre, epistáxis, petéquias e hemorragia da cavidade oral com 5 dias de evolução, desde o diagnóstico de infeção por Covid-19. A admissão, com hemorragia ativa sem outras alterações de relevo ao exame objetivo, nomeadamente sem adenopatias periféricas palpáveis ou hepato-esplenomegalia. Analiticamente a destacar trombocitopenia grave - 0 plaquetas, plaquetas não observáveis no sangue periférico, sem esquizocitos, sem alterações do estudo da coagulação, fibrinogénio normal. Ficou internada com o diagnóstico presuntivo de trombocitopenia imune secundária a Covid-19, fez tratamento com imunoglobulina endovenosa e corticoterapia. Teve alta ao 11º dia de internamento com 17300 plaquetas. Ficou com seguimento na consulta externa de hematologia. Um mês depois da alta já em redução de dose de corticoterapia, recorre novamente à consulta por hemorragia dentária e fatiga. Nessa altura com 3 plaquetas. Por resposta torpe à corticoterapia, foi alargado o estudo para despiste de outras possíveis etiologias. Do referido estudo, a destacar cariotipo, estudo da imunidade e biópsia medula óssea sem alterações. Foi aumentada a dose de corticoide com boa resposta a alteração terapêutica. Um mês depois recorreu novamento ao serviço de urgência dispneia tendo-se constatado tromboembolismo pulmonar. Iniciou terapêutica com anticoagulante oral em dose terapêutica. Com boa evolução clínica e analítica, recuperou valor normal de plaquetas. Sob descalação do corticóide.
A trombocitopenia imune geralmente é diagnosticada após infeções virais, pelo que se poderia assumir uma casualidade que se diagnosticasse aquando da infeção por Covid. No entanto, também estão descritos casos de trombocitopenia associada a infeção por este vírus, podendo este assumir-se como a causa. Por sua vez, o tromboembolismo pulmonar é uma complicação rara de trombocitopenia imune, mas também está descrito como uma consequência da Covid-19. Este caso revela a inter-ligação diagnóstica entre as três patologias, colocando-se a interrogação se serão causas, consequências ou casualmente diagnosticadas de forma contemporânea.

P n.º 2846

DERRAME PERICÁRDICO: DOI QUANDO MEXE

Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiuza Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Amanda Hirschfeld(1);Claudia Maciel Perez(1);Rodrigo Leão(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A ACG é uma vasculite de vasos de médio-grande calibre, com uma incidência de 0,5-27 casos/100000 pessoas, mais frequente após os 50 anos e nas mulheres. Classicamente apresenta-se com cefaleia, claudicação mandibular, alteração da visão e sintomas constitucionais, contudo apresentamos este caso pelas apresentação inicial rara.
Caso Clínico: Mulher de 76 anos, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao serviço de urgência porcansaço progressivo para pequenos esforços, sem febre ou clinica sugestiva de infeção. Analiticamente destacava-se anemia normocitica com Hb 9.6g/dL, velocidade de sedimentação (VS) e PCR elevadas, sem leucocitose. O Rx Torax demonstrava cardiomegalia importante, sem derrame pleural associado. Foi pedida TAC Torácico que constatou derrame pericárdico com uma espessura máxima de 24mm. Foi realizado ecocardiograma e excluído tamponamento cardíaco com função cardíaca mantida. A doente ficou internada para estudo. Durante o internamento, mantinha queixas de cansaço e apurou-se rigidez articular com atingimento predominante do membro superior direito e cervical, com predomínio matinal, cefaleias na região hemifrontal temporal de moderada intensidade e diminuição da acuidade visual. Analiticamente manteve elevação de VS, PCR com Ac anti-citrulina PP aumentados e restante painel auto-imune alargado negativo. Serologias e micobactérias negativas e BNP normal. Iniciou corticoterapia embaixa dose com melhoria clinica após o 2o dia, analiticamente e imagiológico com redução do derrame pericárdico. Foi assumido derrame pericárdico em contexto de polimialgia reumática associada arterite de células gigantes (ACG). A doente manteve seguimento na consulta de doenças auto-imunes, com o diagnóstico confirmado por ecoddopler arterial e PET.
Conclusão: O derrame pericárdico sintomático geralmente está associado a quadro agudo e raramento é a forma de apresentação ou a única serosite associada a doenças auto-imunes, sendo fundamental excluír outras etiologias como infeciosa, inflamatória e neoplasica. Apesar da ACG ser a forma mais comum de vasculite de grandes vasos na população com mais de 50 anos a sintomatologia atípica torna o diagnóstico desafiante.

P n.º 2847

Dor lombar: Apresentação atípica de Linfoma de Hodgkin

Rita Pera(1);Sara sá(1);João Lagarteira(1);Sérgio Alves(1);Tiago Ceriz(1);Rita Diz(1);Andrei Gradinaru(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia com origem no sistema linfático e retículo-endotelial, caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg (RS), células gigantes binucleadas. A sintomatologia mais comum é febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso, fraqueza e linfoadenopatia indolor. A etiologia ainda permanece desconhecida, tendo sido relacionada ao vírus Epstein-Barr. A biópsia ganglionar, com posterior exame histológico e imunofenotipagem, constitui o exame gold standard para o seu diagnóstico. O esquema adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD) ainda é o tratamento preconizado, associado ou não à radioterapia. Descreve-se um caso de linfoma de Hodgkin de apresentação atípica,
CASO CLÍNICO: Mulher, 46 anos, autónoma. Sem antecedentes pessoais de relevo, sem medicação habitual. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor lombar direita, com irradição para a fossa ilíaca direita com 3 dias de evolução. Agrava com inspiração profunda e decúbito lateral direito. Refere, ainda, cansaço fácil, perda ponderal de cerca de 3Kg em 2 semanas e tosse seca. Nega hipersudorese notura, sem outras queixas. À admissão no SU hemodinamicamente estável, emagrecida, auscultação pulmonar com ligeira diminuição do murmurio vesicular na base direita, sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente, anemia ferropénica e Rx-Tórax com alargamento da silhueta cardíaca direita e apagamento do ângulo costofrênico direito. Realiza TC Toraco-Abdomino-Pélvica que evidencia derrame pleural direito com atlectasia passiva do pulmão adjacente e massa paramediastínica direita com cerca de 12cm*7cm, envolvendo a veia cava superior. Do estudo complementar realizado no internamento, ecocardiograma com derrame pericárdico de pequeno volume e derrame pleural direito e anatomia patológica da massa mediastínica a confirmar o diagnóstico de LH, tipo clássico, variante escleronodular IIB. Programada quimioterapia com ABVD.
DISCUSSÃO: O LH é uma doença curável, com bom prognóstico quando tratada adequadamente. Para a correta abordagem aos doentes com LH é necessário um diagnóstico e estadiamento precisos. A identificação de fatores de mau prognóstico permite adaptar a terapêutica de modo a aumentar a probabilidade de cura e minimizar a toxicidade.

P n.º 2854
Síndrome de Takotsubo e o evento vascular cerebral agudo
André Assunção Costa(1);Mariana Vargas(1);Catarina Borges(1);Ana João Marques(1);Ana Graça Velon(1)
(1) Hospital Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A síndrome de Takotsubo é uma condição reversível que se caracteriza por disfunção ventricular esquerda com alterações analíticas e ecocardiográficas típicas. Pode ter múltiplas etiologias, nomeadamente um acidente vascular cerebral, através da libertação excessiva de catecolaminas.

Caso clínico:
Caso 1: Mulher de 78 anos, internada no serviço de Neurologia por AVC isquémico em território da artéria cerebral média (ACM) direita submetida a trombólise e trombectomia. ECG à admissão com ritmo sinusal e inversão das ondas T. Troponina inicialmente elevada, mas posteriormente em cinética decrescente. Realizou ecocardiograma transtorácico (ecoTT) que revelou uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) diminuída (30%), acinésia médio-apical de todos os segmentos do ventrículo esquerdo e trombo intraventricular. A angio-TC coronária revelou doença coronária aterosclerótica ligeira na descendente anterior (estenose 25-50%). Iniciou hipocoagulação ao 2º dia de internamento. Três dias depois repetiu ecoTT com normalização da FEVE e diminuição das dimensões do trombo. Configurou-se como diagnóstico mais provável uma síndrome de Takotsubo.

Caso 2: Homem de 55 anos, internado no serviço de Neurologia por AVC isquémico em território da ACM esquerda. ECG à admissão com ritmo sinusal e inversão difusa das ondas T, e troponina elevada com normalização no dia seguinte. Realizou ecoTT com evidência de uma FEVE ligeiramente diminuída (40%) e acinésica apical e dos segmentos distais de todas as paredes. A coronariografia revelou doença coronária aterosclerótica com estenose 80% na artéria obtusa marginal. Foi identificado um flutter auricular ao 2º dia de internamento e o doente iniciou hipocoagulação. O diagnóstico realizado foi de uma síndrome de Takotsubo.

Discussão/Conclusões:
A síndrome de takotsubo é uma condição provavelmente subdiagnosticada no contexto de doença vascular cerebral aguda, cuja relação causa/consequência é muitas vezes difícil de identificar. Estes casos ilustram dois síndromes de Takotsubo com características distintas, tendo como objetivo alertar o clínico que lida diariamente com estas patologias para o seu diagnóstico e tratamento adequados.

P n.º 2860

Nódulo Sister Mary Joseph: metástase incomum de adenocarcinoma pulmonar

Adriana Dias(1);Ana Rita Ramalho(1);Diogo Canhoto(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças oncológicas

Apresentamos o caso de um homem com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão com metastização cerebral e com apresentação de uma metástase umbilical.
Homem caucasiano de 51 anos com adenocarcinoma do pulmão em estadio avançado, apresentou-se no Serviço de Urgência com um nodulo umbilical indolor, não ulcerado, associado a extensão circulação colateral abdominal e torácica, relacionada com sindrome da veia cava superior. Tinha antecedentes de linfoma de Hodgkin diagnosticado tratado com quimioterapia, e de carcinoma papilar da tiroide, tiroidectomizado.

A investigação diagnostica por TC identificou uma lesão espiculada no lobulo superior esquerdo com 31x20mm de maior eixo, com colapso do lobulo inferior esquerdo por derrame pleural, de conteudo heterogeneo, associado a espessamento dos folhetos pleurais, bem como trombose do stent na veia cava superior , com extensa circulação colateral torácica e abdominal, trombose da veia braquicefalica equerda e ascite moderada a severa. A TC cranio-encefalica identificou multiplas lesões expansivas nodulares, com realce após contraste, a sugerir metastases. A ecografia abdominal revelou a presença de volumoso derrame peritoneal, figado de contornos lobulados com textura ligeiramente heterogena de forma difusa, não se individualizando nodulos.
O nódulo de Sister Mary Joseph (SMJ) é um epónimo utilizado para descrever uma nodulo umbilical palpável, habitualmente associado a extensão contigua da superficie peritoneal anterior, raramente descrito na literatura. Os tumores primarios mais frequentemente associados ao nodulo SMJ são estômago ou colon no sexo masculino e ovário e endométrio no sexo feminino. Até 30% dos casos, o nódulo umbilical pode ser o primeiro sinal de neoplasia intra-abdominal avançada. Os tumores primários do pulmão raramente foram associados ao nódulo SMJ.
Apesar de raro, é um sinal clínico importante a ter em atenção, uma vez que se associa a mau prognóstico.

P n.º 2861

A Listeria monocytogenes é uma bactéria com importante patogenicidade em doentes imunocomprometidos

Ryan Costa Silva(1);Inês sf da Silva(1);Diogo Ferreira(1);Tiago Petrucci(1);Joana Rosa Martins(1);Tiago Marques(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo masculino de 49 anos com adenocarcinoma colo-rectal inicialmente operado, mas com posterior metastização quimioterapia com FOLFOX e nivolumab + ipilimumab. Ainda assim sem resposta, pelo que foi alterada para FOLFIRI + bevacizumab. Ao 9º dia pós sessão de quimioterapia instala-se quadro de febre alta com 39ºC de temperatura, calafrio e desorientação. Ao exame objectivo tinha rigidez da nuca não tendo sinais focais. Foi realizada TC craniana que não mostrou alterações e punção lombar sendo o líquor turvo, com hipoglicorraquia, pleiocitose e proteinorraquia. Iniciada precocemente antibioterapia empírica que se ajustou para ampicilina e gentamicina nas primeiras 48 horas por isolamento de Listeria monocytogenes no líquor e nas hemoculturas. Assumida listeriose invasiva complicada de meningite, mas mesmo com antibioterapia dirigida evoluiu com agravamento neurológico, alteração do estado de consciência, desvio oculocefálico e mioclonias motivando instituição de terapêutica antiepiléptica. A reavaliação por TC craniana não mostrou complicações adicionais como hidrocefalia e a avaliação funcional por eletroencefalografia documentou actividade epiléptica multifocal abundante tendo sido incrementada a medicação antiepiléptica. Ainda assim teve franca deterioração neurológica e agravamento acabando por ter um desfecho fatal.
Discussão: A forma invasiva de infecção por Listeria é rara, sendo a população imunocomprometida a que tem maior risco. No caso apresentado importa referir o estado de imunossupressão associado ao tumor sólido em actividade e à quimioterapia. Um elevado índice de suspeição e abordagem célere com instituição precoce da correcta antibioterapia são fundamentais nos casos de bacteriemia ou envolvimento do SNC, uma vez que se associam a alta taxa de morbimortalidade mesmo com terapêutica.

POSTERS

casuística
investigação

INDICE DE POSTERS | CASUÍSTICA / INVESTIGAÇÃO

P n.º 0041 Telepsiquiatria durante a pandemia por COVID-19: Revisão sistemática de literatura

P n.º 0063 AVC Hemorrágico: perfil clínico dos doentes durante 11 anos

P n.º 0131 VASCULITE ASSOCIADA A ANCA, QUANDO SUSPEITAR? – Casuística retrospetiva

P n.º 0179 Medicação Potencialmente Inapropriada no doente idoso internado num Serviço de Medicina Interna

P n.º 0180 Cateterização vesical no doente internado: Casuística num serviço de Medicina Interna

P n.º 0287 CASUÍSTICA DE PATOLOGIA HEPATOBILIAR NUMA UNIDADE DE DOENÇAS AUTOIMUNES

P n.º 0290 E depois do fim do tratamento? Um follow-up após 5 anos dos primeiros doentes com Hepatite C curada

P n.º 0321 The worst nightmare in patients with acute coronary syndrome and cardiogenic shock

P n.º 0450 Compreendendo a hiponatremia no Serviço de Urgência

P n.º 0498 Avaliação fotográfica do uso de antitrombóticos em Cuidados Paliativos Oncológicos

P n.º 0591 Caracterização da suspensão da anticoagulação numa enfermaria de medicina interna

P n.º 0630 As múltiplas facetas da sarcoidose

P n.º 0648 Cateterização vesical numa enfermaria de Medicina Interna, uma problemática desvalorizada?

P n.º 0820 Impacto da avaliação nutricional numa Enfermaria de Medicina Interna

P n.º 1018 Elegibilidade para estratégia COMPASS em doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna

P n.º 1142 Síndrome de Guillain Barré - Revisão de uma série de casos numa UCI e sua associação com COVID19

P n.º 1186 Doente oncológico no Serviço de Medicina Interna – um estudo retrospetivo

P n.º 1353 ESCLEROSE SISTÉMICA, UMA ENTIDADE RARA: FOTOGRAFIA TEMPORAL DOS DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA

P n.º 1394 Comparação entre os utentes com e sem ferropenia da consulta de Diabetes Mellitus (DM).

P n.º 1835 Um dia no serviço de Medicina Interna- o antes e o durante a pandemia COVID-19

P n.º 1991 LES e infecção

P n.º 2056 Polimedicação na Diabetes: Risco ou benefício?

P n.º 2189 Fatores de risco para infeção por Clostridioides difficile em doentes internados

P n.º 2433 Doentes covid-19 numa unidade de intermédios da medicina: quem são?

P n.º 2467 Controlo do c-LDL nos doentes internados e seu impacto prognóstico

P n.º 2495 Doença Renal Crónica numa Enfermaria de Medicina Interna: um Estudo Transversal

P n.º 2523 A Microbiologia de uma Consulta de Pé Diabético

P n.º 2598 Risco Nutricional e Albuminémia: quando e o que esperar?

P n.º 2612 Insuficiência Cardíaca descompensada - casuística de 2 anos de uma enfermaria de Medicina Interna

P n.º 2758 Pneumocistose nas enfermarias de Medicina de um hospital regional

P n.º 0041

Telepsiquiatria durante a pandemia por COVID-19: Revisão sistemática de literatura

Sandra Pereira(1);Anabela Almeida(1);Juliana Nunes(2)
(1) Universidade da Beira Interior (2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Outro

Introdução: O surto por COVID-19 foi inicialmente notificado em Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e em março de 2020 foi decretado como pandemia pela Organização Mundial de Saúde. Deste modo, a pandemia por COVID-19 condiciona diversos desafios no âmbito da saúde pública. No que concerne ao serviço de psiquiatria e saúde mental, e de forma a assegurar a continuidade dos cuidados prestados aos doentes torna-se preponderante adaptar os serviços disponibilizados. Desta forma, os serviços de telemedicina podem ser particularmente apropriados para a promoção e continuidade da prestação de cuidados.
Objetivo: Determinar os benefícios e limitações decorrentes da utilização dos serviços de telepsiquiatria motivados pelo período pandémico, percecionados pelos doentes e profissionais de saúde e determinar as perspetivas futuras face à transição dos serviços prestados de forma presencial para a utilização dos serviços de telemedicina no serviço de psiquiatria e saúde mental.
Métodos: Revisão sistemática de literatura recorrendo à base de dados PubMed/MEDLINE, restrita a artigos redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 11 de março de 2020 e 01 de setembro de 2021, com a subsequente aplicação dos restantes limitadores, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.
Resultados: Foram incluídos 17 artigos científicos, uma vez que cumpriam cumulativamente a totalidade dos critérios de elegibilidade estabelecidos. Da análise destes estudos, face aos benefícios e limitações identificadas, a utilização dos serviços de telepsiquiatria foi considerada pelos doentes e profissionais de saúde como globalmente positiva. Nesta revisão, determinados doentes e profissionais de saúde expressaram preferência pela retoma de consultas presenciais. No entanto, vários artigos mencionam a associação entre a utilização dos serviços de telepsiquiatria e as consultas presenciais, baseando a escolha da modalidade adequada, nas características individuais de cada doente.
Discussão/Conclusão: A utilização dos serviços de telepsiquiatria tem-se mostrado exequível e adequada para proporcionar a continuidade de cuidados prestados aos doentes com doença mental durante e após a pandemia por COVID-19. Contudo, o seu uso deve ser criterioso e individualizado, sendo fulcral existir uma adequada seleção de doentes.

P n.º 0063

AVC Hemorrágico: perfil clínico dos doentes durante 11 anos

Diogo Duarte Dias(1);Carmen Corzo(1);Silvia Lourenço(1);Luisa Rebocho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: Acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico é responsável por 10-15% dos casos de AVC. Associa-se a pior prognóstico vital e funcional. Hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, idade, alcoolismo e tabagismo são fatores de risco conhecidos. Ocorre com maior frequência em doentes sob anticoagulação oral.
OBJETIVO: Análise e caracterização dos doentes com AVC hemorrágico internados durante 11 anos, numa unidade de AVC (UAVC)
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo e observacional. Analisaram-se os doentes com AVC hemorrágico entre Janeiro 2010 e Dezembro 2021. Excluíram-se os casos de hemorragia sub-aracnoideia e intracraniana por trauma.
RESULTADOS: Em 11 anos foram internados 3456 doentes com AVC, dos quais 8% (n=293) eram hemorrágicos. A média etária foi 68 anos [27-92], com predomínio de homens, 188 (64%). Como co-morbilidades registaram-se: 91% (n=268) HTA, 27% (n=80) diabetes mellitus, 16% (n=49) fibrilhação auricular, 7% (n=23), deterioração cognitiva prévia, 3% (n=8) evento embólico prévio e um doente tinha neoplasia ativa.
Quanto à medicação antitrombótica, 18% (n=54) dos doentes encontravam-se antiagregados, 13% (n=40) anticoagulados, dos quais 5% (n=16) sob novos anticoagulantes orais e 8% (n=24) sob varfarina. 2% (n=5) dos casos estavam antiagregados e anticoagulados. Analisando a localização, 70% (n=204) dos AVC eram profundos, afetando os núcleos da base e sugerindo etiologia hipertensiva, 25% (n=73) intraparenquimatosos e 5% (n=16) localizados na fossa posterior. Nenhum foi submetido a intervenção neurocirúrgica. O Glasgow médio à admissão foi de 14 [5-15]. Registaram-se 5% (n=14) óbitos.
CONCLUSÕES: Em concordância com a literatura existente verificou-se que: a HTA foi a principal co-morbilidade associada; a maioria das hemorragias são profundas, seguindo-se as intraparenquimatosas (25%); a percentagem de doentes anticoagulados (13%) é também sobreponível. Por outro lado, a percentagem de AVC hemorrágicos foi menor que a habitualmente descrita 8% vs 10-15%. Também a mortalidade foi menor do que a descrita na literatura. Estas diferenças podem refletir um viés de seleção dado que só foram analisados internamentos da UAVC.

P n.º 0131
VASCULITE ASSOCIADA A ANCA, QUANDO SUSPEITAR? – Casuística retrospetiva

José Soares(1);Rita Afonso(1);Henrique Borges(1);Roberto Calças Marques(1);Filipa Brito Mendes(1);Ana Cabrita(1);Pedro Gomes Santos(1);Mihail Mogildea(1);José Almeida Ferreira(1);Ana Ribeiro(1);Ana Paula Silva(1);Ana Lopes(1)
(1) CHUA Faro

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
As vasculites associadas a anticorpo anti-citoplasma do neutrófilo (VAA) são vasculites de pequenos vasos, caracterizadas por inflamação granulomatosa necrotizante da parede de pequenos vasos. O rim e os seus capilares glomerulares são um alvo frequente, resultando na expressão clínica que é a de uma Glomerulonefrite (GN), condicionando insuficiência renal rapidamente progressiva (IRRP).
O carácter acelerado, semanas a meses, de falência renal traduz um agravamento clínico tempo-dependente refletindo com especial importância a introdução de terapêutica dirigida.

Objetivos
Este estudo caracteriza 6 casos de VAA, seus quadros de apresentação, intercorrências, tempo de internamento até referenciação ao Serviço de Nefrologia para instituição de terapêutica dirigida e outcome. Pretende-se a sensibilização para avaliação dirigida e promoção de maior índice de suspeição desta entidade.

Material e Métodos
Realizou-se análise retrospetiva de uma amostra de 6 doentes com diagnóstico final de VAA, internados, na sua maioria em serviços de Medicina Interna, até referenciação ao serviço de Nefrologia no ano de 2021. Os dados foram obtidos através de informação clínica registada no sistema informático do Centro Hospitalar, tratados em plataforma Excel e Word com a respetiva estatística descritiva.

Resultados
Demograficamente, descreve-se uma amostra (n=6) de doentes com idade média de 71.7 anos, 33.3% do sexo feminino (n=2), 66.7% do sexo masculino (n=4). À apresentação, revelaram quadro constitucional (100%), atingimento hematológico (100%), atingimento cutâneo (33.3%), atingimento pulmonar (33.3%), atingimento neurológico (50%); dos quais, 66.7% (n=2) secundário a acidente vascular cerebral. Destaca-se evidência de IRRP (100%) com episódio inaugural ou história pregressa de hematoproteinúria. 16.7% (n=1) com história de infeção recente (gastrointestinal), 16.7% (n=1) com infeção respiratória incipiente.
O tempo médio de internamento até diagnostico e referenciação para especialidade de Nefrologia foi de 28.8 dias. 100% recebeu terapêutica de indução; metilprenisolona intravenosa (100%), prednisolona (100%), ciclofosfamida intravenosa (83.3%), imunoglobulina humana intravenosa (16.7%); terapêutica de manutenção, azatioprina (16.7%); 33.3% (n=2) necessitou de indução dialítica e manutenção em hemodiálise a longo prazo dos quais se relata 1 óbito (50%).

Discussão/Conclusões

Com a sugestão, através de achados clínicos e investigação analítica, de IRRP promoveu-se suspeição clínica destasentidade patológica e diagnóstico consequente, tendo a latência acarretado internamentos prolongados até referenciação a especialidade de Nefrologia. Tal latência poderá traduzir um prognóstico e outcome desfavoráveis.
Assim, o doente com apresentação de quadro constitucional, sugestão de antingimento multissistémico, história pregressa ou evidência atual de atingimento renal, particularmente IRRP, poderá motivar estudo dirigido serológico para VAA.

P n.º 0179

Medicação Potencialmente Inapropriada no doente idoso internado num Serviço de Medicina Interna

Ricardo Pereira(1);Carolina Palma(1);Hugo Jorge Casimiro(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) hospital Setubal

Tema: Medicina geriátrica

Introdução: O envelhecimento confere especificidades fisiológicas que alteram a farmacocinética e a farmacodinâmica, estando ainda associado ao aumento das comorbilidades e consequente polifarmácia. Desta forma, o idoso encontra-se em risco acrescido de estar medicado com Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), cuja prevalência pode atingir os 79%. Os MPI devem ser evitados nesta população dado o seu uso se associar a maior probabilidade de reações adversas, ao aumento do número de hospitalizações e a maior morbilidade e mortalidade. Para evitar estes desfechos, foram criadas ferramentas específicas como os Critérios de Beers. Estes critérios aplicam-se a doentes com idade superior a 65 anos, constituindo uma linha orientadora para a suspensão/alteração de MPI.
Objetivo: Identificar a presença de MPI na medicação crónica dos doentes idosos à admissão num Serviço de Medicina Interna (SMI) e avaliar a suspensão/alteração da prescrição dos mesmos à data de alta do internamento.
Material e métodos: Estudo retrospetivo, incluindo doentes com ≥65 anos internados numa enfermaria de um SMI de um hospital distrital, num período de 15 dias. Recolha de informação sobre terapêutica crónica à admissão e à data de alta, assim como de variáveis demográficas e clínicas a partir da consulta de processos clínicos, com posterior anonimização dos dados. Análise estatística dos dados com recurso ao programa JASP.
Resultados: Foram identificados 30 doentes, os quais apresentavam idade média de 78,6 anos. 18 doentes (60%) eram do sexo feminino e 12 (40%) do sexo masculino. 21 doentes (70%) encontravam-se medicados com pelo menos 1 MPI à admissão no SMI, sendo que destes, 11 (52%) estavam medicados com 1 MPI, 6 (29%) com 2 MPI e 4 (19%) com 3 MPI. A classe farmacológica mais frequente foi a dos inibidores da bomba de protões, encontrando-se presente em 15 doentes (71%). O segundo grupo mais frequente foi o das benzodiazepinas (11 doentes - 52%), seguido dos antipsicóticos atípicos (7 doentes - 33%). Dos 21 doentes que estavam medicados com pelo menos 1 MPI à admissão, 18 (86%) mantiveram a mesma terapêutica à data da alta. Nos restantes 3 casos procedeu-se à descontinuação do MPI (todos eles benzodiazepinas), sendo que num destes doentes ocorreu substituição por outro MPI (antipsicótico atípico). Nos 3 meses após a alta clínica, não se verificaram admissões no Serviço de Urgência condicionadas diretamente pela prescrição de MPI.
Conclusões: À admissão na enfermaria do SMI, existe uma grande parte dos doentes que se encontra medicada com pelo menos 1 MPI. Contrariamente ao desejável, esta realidade mantém-se após a alta. Atendendo aos efeitos deletérios desta medicação na população em análise, torna-se de extrema importância identificar os MPI e proceder à sua suspensão ou alteração. O internamento num SMI é, por excelência, um momento em que a medicação de cada doente deve ser revista, adequando-a às características individuais e necessidades do mesmo.

P n.º 0180

Cateterização vesical no doente internado: Casuística num serviço de Medicina Interna

Carlos Borges Chaves(1);Sandra d. Santos(1);Marta Gonçalves(1);David Lopes Sousa(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução:
A infeção do trato urinário associada a cateterização vesical (ITU-CV) é a infeção associada a cuidados hospitalares mais comum e a principal consequência da cateterização vesical (CV). É rotineira a CV de doentes em enfermarias de Medicina Interna (MI), o que acresce o número de infeções por organismos multirresistentes e consequente elevação da morbimortalidade. Por esta razão, importa reduzir o tempo de exposição ao dispositivo de forma a diminuir a sua iatrogenia.
Objetivos:
Identificação do padrão de microrganismos isolados e resistências a antimicrobianos em doentes com ITU-CV, tempo médio de CV, antibioterapia prescrita e taxa de mortalidade.
Material e Métodos:
Realizou-se um estudo observacional retrospetivo, no qual foram incluídos todos os doentes internados numa enfermaria de MI entre 1 de Fevereiro e 30 de Abril de 2022 de um hospital central, que haviam sido submetidos a CV em ambiente hospitalar até 30 dias antes do internamento. Foram excluídos todos os doentes portadores crónicos de CV. A informação foi consultada em registos clínicos. Procurou-se motivo e tempo de CV, ocorrência de complicações devido à CV, microrganismos isolados e suas resistências, antibioterapia prescrita e taxa de mortalidade. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS 27.
Resultados:
Estes resultados, ainda que preliminares de um estudo que se pretende mais alargado, permitiram, no período definido, de um total de 187 internamentos, identificar 84 (45%) doentes submetidos a CV, 49% do sexo masculino com mediana de idades de 85 anos de e mediana de score de Katz de 2. Os principais motivos para CV foram monitorização do débito urinário (79%), retenção urinária (12%) e ulceras de decúbito/ maceração da região perineal (6%). Em 28 doentes foram identificadas complicações: 24 com bacteriúria assintomática ou ITU-CV e 4 com hematúria. Foram isolados os seguintes microrganismos: Escherichia coli (7), Pseudomonas aeruginosa (7), Klebsiella spp. (5), Proteus mirabilis (4), Enterococcus spp. (3), Citrobacter spp (2), Providentia stuartii (1) e Candida albicans (1). Em 29 isolamentos bacterianos, 17 eram por definição agentes multirresistentes. Os antibióticos mais frequentemente utilizados foram ceftriaxone (16%) e amoxicilina+ácido clavulânico (13%), tendo sido necessário recorrer a antibioterapia de largo espectro em 44% dos casos, incluindo carbapenemes em 6%. O tempo médio da duração da CV foi de 14 dias e o de hospitalização de 17. A taxa de mortalidade na população estudada foi de 27%.
Conclusão:
Com base nos resultados obtidos, facilmente objetivamos que a maioria das bactérias isoladas são multirresistentes, o que acarreta maior morbimortalidade e custos para o hospital. O tempo médio de CV dos doentes é muito semelhante ao tempo médio de

hospitalização, o que demonstra uma clara inércia por parte dos profissionais para a sua remoção. De acordo com as normas vigentes deve-se avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar a CV, verificar e registar diariamente no processo clínico as razões de a manter e retirar logo que possível.

P n.º 0287

CASUÍSTICA DE PATOLOGIA HEPATOBILIAR NUMA UNIDADE DE DOENÇAS AUTOIMUNES

Henrique da Costa Coelho(1);Mafalda Ferro Teixeira(1);Ana Filipa Gerardo(1);Mónica Baptista Lopes(1);João Serôdio(1);José Delgado Alves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO Neste trabalho descrevemos a casuística de hepatite autoimune (HAI) e colangite biliar primária (CBP) seguida na nossa unidade.
MATERIAL E MÉTODOS Trabalho retrospetivo por consulta do processo eletrónico. Caracterização demográfica, clínica, terapêutica e de resultados.
RESULTADOS Incluídos 25 doentes: 9 HAI (8 sexo feminino) e 16 CBP (15 sexo feminino). Na HAI a média de idades no diagnóstico foi de 66,8 ± 14.4 anos e com seguimento mediano de 5 (1-10) anos. Todos os doentes realizaram biópsia hepática à data do diagnóstico, sendo que 3 doentes já apresentavam cirrose hepática na apresentação. Nenhuma doente desenvolveu cirrose hepática ao longo do seguimento. Três doentes tinham outras doenças autoimunes associadas nomeadamente Síndrome de Sjogren (n=1), Esclerose sistémica (n=1) e Lúpus Eritematoso Sistémico (n=1). Todos os doentes realizaram terapêutica de indução com prednisolona (PDN), e 89% dos doentes foram tratados com azatioprina (mediana de 50 mg/dia). Houve apenas 1 doente que não alcançou remissão após indução. Três doentes recidivaram aos 1, 2 e 7 anos de follow-up. Foi possível interromper imunossupressão em 1 doente.
Na CBP, a média de idades foi de 68,1 ± 15.9 anos, e o período mediano de seguimento de 6,5 (2-9,5) anos. As doenças autoimunes associadas foram: ES (n=5), LES (n=2), Síndrome de Sjögren (n=2), doença de Addison (n=1) e doença de Graves (n=1). 14 doentes iniciaram ácido ursodeoxicólico (AUDC). Verificou-se resposta bioquímica em 13 doentes. Apenas 1 doente desenvolveu cirrose ao fim de um ano de follow-up.
Neste coorte de 25 doentes, registou-se 1 óbito (CBP) e um doente foi referenciado para transplante hepático (HAI). No total dos doentes sem outra patologia autoimune associada (n=10) 4 desenvolveram cirrose (40%), enquanto que nos doentes com outra patologia autoimune (n=15) 1 desenvolveu cirrose (7%), p=0.041. A média de idades ao diagnóstico nos doentes com cirrose foi de 79.8 ± 10.8, superior à dos doentes que nunca desenvolveram cirrose (64.6 ± 14.6 anos, p=0.035).
DISCUSSÃO/CONCLUSÃO As DHAI apresentam-se com frequência em associação com outras doenças autoimunes, carecendo duma abordagem diagnóstica e terapêutica específica.

P n.º 0290

E depois do fim do tratamento? Um follow-up após 5 anos dos primeiros doentes com Hepatite C curada

Joana Cabrera(1);Sérgio Pereira(2);Elisabete Riebiro(3);Leonor p. Silva(1);Inês Pinho(4);José Presa(4);Sónia Carvalho(4)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) representa um importante problema de saúde globalmente, sendo uma das principais causas de doença hepática crónica. A introdução de novas terapêuticas com antivirais de ação direta constituiu um marco no tratamento da Hepatite C, mas a evolução e o comportamento hepático no pós–infeção continuam uma incógnita. O objetivo desta análise visa perceber a evolução dos “priemiros doentes curados”, 5 anos após o tratamento.
Métodos: Foram analisados todos os doentes (n=95) que completaram tratamento da Hepatite C num hospital distrital em 2015 e estudou-se a sua evolução nos 5 anos subsequentes, recorrendo aos registos informáticos na plataforma SClinic.
Resultados e Discussão: Dos 137 doentes que iniciaram esquemas terapêuticos com antivirais de acção direta para o VHC em 2015, apenas 95 puderam ser incluídos na análise, sendo que os restantes perderam seguimento ou não concluíram o plano terapêutico. Destes, 73 utentes eram do sexo masculino (76.8%), com uma média de idades de 54 anos.
De forma a melhor caracterizar a evolução do grau de fibrose hepática nestes doentes, realizou-se uma medição da elastância hepática previamente ao início de tratamento em 92 utentes (em 3 doentes registaram-se dificuldades técnicas), que foram sendo regularmente avaliados clinica, analítica e imagiologicamente, sendo que no final dos 5 anos, 81 doentes mantinham seguimento frequente.
Com valores de elastância entre 2 e 7 KPa (fibrose F1) encontraram-se 10 utentes (10.9%) previamente ao início do tratamento e 41 utentes (56.6%) na avaliação após 5 anos. Considerando o estadio F2 (8-9 KPa) encontraram-se 15 utentes (16.3%) em 2015, por oposição a 12 utentes (14.8%) no follow up. No estadio F3 (9-14 KPa) contabilizaram-se 18 doentes (19.6%) inicialmente, enquanto que na fase final se contabilizaram apenas 6 utentes (7.4%). Finalmente, 49 doentes (53.3%) apresentaram-se em 2015 no estadio de fibrose mais avançado (F4, elastância>14 KPa), sendo que na fase final, apenas 22 utentes (27.1%) estavam em F4.
Globalmente, 30 utentes (31.6%) mantiveram-se no mesmo estadio de fibrose hepática, 45 utentes (47.4%) “desceram” de estadio de fibrose hepática e apenas 3 doentes (3.2%) agravaram a fibrose hepática – resultados demonstrativos do impacto positivo que o tratamento do VHC aparenta ter no grau de fibrose hepática dos utentes.
Relativamente ao follow up destes doentes, pudemos ainda concluir que 8 doentes (8.4%) desenvolveram Carcinoma Hepatocelular (CHH), uma percentagem francamente mais reduzida quando comparada com a população com Hepatite C que não realiza terapêutica curativa. Para além disso, todos os doentes que vieram a desenvolver CHH tinham outros factores de risco para doença hepática, de entre os quais se destaca a perturbação do uso do álcool e a co-existencia de vários componentes da síndrome metabólica, a condicionar elevados graus de esteatose hepática.

Conclusão: Assim, conclui-se que apesar de haver uma franca melhoria de prognóstico associada ao tratamento curativo do VHC, que deve ser incentivado, é imperativo manter o follow up regular e uma gestão apertada dos restantes factores de risco para doença hepática.

P n.º 0321

The worst nightmare in patients with acute coronary syndrome and cardiogenic shock

Miguel Carias(1);Marta Paralta(1);António Almeida(1);Francisco Cláudio(1);Rita Rocha(1);Mafalda Carrington(1);Bruno Piçarra(1);Ângela Bento(1);Manuel Trinca(1);em Nome Dos Investigadores do RNSCA da Sociedade Portuguesa de Cardiologia(2)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Registo Nacional dos Síndromes Coronários Agudos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction
Acute coronary syndrome (ACS) that progresses to cardiogenic shock (CS) is a challenge due to the high mortality observed in these patients. There are several cardiac and non-cardiac factors that characterize these patients that could affect the high mortality in this group. Recognize them can be an advantage in the demanding approach to ACS with CS.

Purpose
To determine the factor that is most related to the outcome of death in patients admitted with ACS complicated with CS.

Methods
We performed retrospective study over a 7-year period, where we included patients from a National Multicenter Registry with ACS and CS. A multivariate linear regression analysis was performed, with the endpoint being in-hospital mortality and as independent variables demographic data, cardiovascular and non-cardiovascular history, cardiovascular risk factors, heart rate (HR), blood pressure, cardiac rhythm, existence of mechanical complications and laboratory data: hemoglobin (Hb) and creatinine. Acute kidney injury (AKI) was defined as creatinine ³ 2mg/dL.

Results
A total of 419 patients were included, 166 reached the endpoint (39.6%). The population consisted of 63.2% of male elements and 36.8% of female elements, with an average age of 72±13 years-old. Regarding CVRF, 71.8% had arterial hypertension, 56.0% had dyslipidemia, 33.8% diabetes mellitus and 22.0% were smokers. Multivariate linear regression revealed a statistically significant association between mortality and AKI [b=1.339; OR 3.82 (IC:2.39-6.10); p<0.001)] and the existence of mechanical complications [b=1.143; OR 3.14 (IC: 1.40-7.04); p=0.006]. Other associations that were statistically significant and with b<1.0: age ³75 years-old (p=0.001), HR³100bpm (p=0.021) and Hb at admission <12.0mg/dL (p=0.020). AKI was revealed as the strongest predictor of in-hospital mortality in ACS with CS. The other associations were not statistically significant in this linear regression.

Conclusion
Multiple factors are related to the high mortality of ACS that progresses to CS. The presence of acute kidney injury was the independent factor that most influenced the outcome of these patients in the present study. A quick identification and approach of AKI may benefit the outcome of patients with ACS complicated with CS.

P n.º 0450

Compreendendo a hiponatremia no Serviço de Urgência

Filipa Cardoso(1);André Rebelo Matos(1);Sara Maia Barbosa(1);Madalena Serra(1);André Martins(1);Alicia Rodrigues(2);Luísa Azevedo(1);Teresa Souto Moura(1)
(1) Unidade Funcional de Medicina 1.4. - Hospital de São José (2) CHLC - H S José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A hiponatremia, distúrbio hidroeletrolítico frequentemente encontrado pelo internista, tem origem em diversas condições, sendo relevante a sua marcha diagnóstica para a abordagem terapêutica-reposição iónica, restrição hídrica, cessação medicamentosa, entre outras.
OBJETIVO: Identificar etiologias e estratégia terapêutica dos episódios no Serviço de Urgência (SU) nos quais se documentou hiponatremia.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional, retrospetivo dos doentes com idade >18 anos, que recorrem por qualquer causa ao Serviço de Urgência durante Janeiro 2021, com valor sérico de sódio <135 mEq/L. Colheita dados via processo clínico informatizado, análise através do Microsoft Excel.
RESULTADOS: Dos 8786 episódios registados, documentaram-se 604 hiponatremia (7%), 109 sintomáticas (18%). Idade média 68,6 anos (±17; mín. 20; máx. 102); 364 homens (60%). Triagem de especialidades: 523 Medicina Interna (MI; 87%), 34 Cirurgia Geral (6%), 14 Ortopedia (2%), restantes para outras. Os 10 principais motivos de ida ao SU foram: dispneia (n=114; 19%), febre (n=100; 17%), vómitos (n=38; 6%), tosse (n=32; 5%), obnubilação (n=26; 4%), dor abdominal (n=22; 3,6%), queda (n=22; 3,6%), dor torácica (n=21; 3,5%), diarreia (n=16; 2,7%), cansaço (n=13; 2,2%). Caracterização da gravidade: ligeira (131-135mEq/L; n= 563; 93%), moderada (125-130mEq/L; n= 29; 5%), grave (< 120mEq/L; n= 12; 2%). Cronicidade: ≥48h (n= 63; 10%), < 48h (n= 44; 7%), desconhecido (n=497; 83%). Foram internados 361 doentes (60%), dos quais 21 (6%) pela hiponatremia (todos ao cuidado da MI). Dos doentes internados, os níveis de cuidados foram: enfermaria (n=317; 88%), unidade de cuidados intensivos (n=39; 11%) e intermédios (n=5; 1%). Marcha diagnóstica no SU: classificação da volémia em 356 doentes (59%), avaliação analítica dirigida (osmolalidade sérica e urinária, sódio urinário) em 2 (0,3%); no internamento: 239 (66%) tinham volémia avaliada, 9 (2%) avaliação laboratorial dirigida. Relativamente à primeira abordagem terapêutica, foi feita: fluidoterapia (n=272; 45% - destes 181 [67%] com cloreto de sódio), diuréticos (n=48 8%), cessação medicamentosa (n=6; 1%), restrição hídrica (4; 0,6%) ou diálise (n=2; 0,3%). Registaram-se 2 complicações associadas à correção iónica (confusão). O diagnóstico foi multifatorial em 242 (40%) e desconhecido em 135 (22%). Diagnósticos: 283 medicação com potencial iatrogénico (107 tiazídas, 98 IECA, 58 furosemida, 49 anti-depressivos), 210 desidratação, 144 disfunção renal aguda/crónica, 56 insuficiência cardíaca, 46 hiperglicemia (pseudohiponatremia), 27 hemorragia, 19 doença hepática crónica, etc.
CONCLUSÃO: Apesar do viés de seleção, são poucas as hiponatremias bem caracterizados. A medicação e a desidratação são causas comuns, mas a primeira abordagem mais utilizada foi a fluidoterapia - indicada na desidratação ou expoliação diurética mas menos correta na presença de outras medicações. A existência de um algoritmo de abordagem da hiponatremia que incluísse avaliação analítica dirigida poderia ajudar na correta identificação da causa e consequentemente ser mais fácil a abordagem terapêutica.

P n.º 0498

Avaliação fotográfica do uso de antitrombóticos em Cuidados Paliativos Oncológicos

Teresa Dias Moreira(1);Michael Sapateiro Luís(1);Vasco Batista(2)
(1) IPO Porto (2) Trofa Saúde Hospital

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Antitrombóticos (AT) são frequentemente prescritos em doentes paliativos oncológicos (DPO). Na última fase de vida, quando o foco é a otimização da qualidade de vida, os AT devem ser reconsiderados.
Objetivos: Avaliar a prevalência de AT em DPO, com e sem contacto com equipa especializada em Cuidados Paliativos e caracterizar essa população.
Material e métodos: Estudo retrospetivo, observacional, transversal, unicêntrico, por consulta de processos clínicos, no dia 24 de maio de 2022, de DPO internados num Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) e nos Serviços de Oncologias Médica ou Cirúrgica (OMC), a aguardar avaliação da equipa especializada.
Resultados: Nesse dia, estavam internados 51 doentes paliativos numa Unidade Hospitalar, 38 ao cuidado do SCP e 13 ao cuidado das OMC. Desses, 10 (19,6%) estavam sob AT. A média de idades foi de 71,2 anos (DP±12,3) e 60% eram homens. 20% destes ao cuidado do SCP e os restantes 80% das OMC. Sem predomínio de algum tipo de cancro. Em todos, o AT prescrito era uma heparina de baixo peso molecular (HBPM), sendo que em 60% estava prescrita em dose de tromboprofilaxia (TP). Nenhum doente ao cuidado de SCP se encontrava sob TP *versus* 53,8% nos doentes ao cuidado da OMC. Dos 40% sob HBPM em dose terapêutica, 50% por fibrilhação auricular (FA) e 50% por tromboembolismo venoso (TEV) há <6 meses. Desses, 50% apresentava lesão renal aguda, história de hemorragia, estado funcional *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) 4 e encontravam-se em cuidados terminais.
Nos 41 doentes paliativos sem AT, 11 estiveram sob AT em ambulatório ou à admissão deste internamento. A média de idade foi 72,5 anos e ECOG mais prevalente foi 3. Apenas 1 com disfunção renal crónica. Em ambulatório, há > 1 ano: 3 estavam sob antiagregante plaquetário (AP) – 2 para prevenção primária e 1 para prevenção secundária, e 3 estavam hipocoagulados – 1 sob antagonista da vitamina K (AVK) por TEV, 1 sob HBPM por doença arterial periférica e 1 sob anticoagulante não antagonista da vitamina K (DOAC) por FA. À admissão, foi prescrita TP a 6 e AP a 1.
Destes 11 doentes, 36,4% encontravam-se em cuidados terminais e 81,8% o AT foi suspenso pelo SCP. Não foram registados TEV de novo nesta amostra.
Conclusões: Na amostra em estudo, a prevalência de AT em internamento foi baixa, sendo as HBPM o AT mais prescrito e a TP o principal motivo de prescrição, particularmente nos DPO ao cuidado da OMC, sem avaliação por equipa especializada em CP.
O impacto de possíveis complicações tromboembólicas e hemorrágicas na qualidade de vida dos DPO, exige uma tomada de decisão proativa em relação aos AT. *Guidelines* clínicas poderão auxiliar na (des)continuação de AT e, consecutivamente, na discussão de tomada de decisão partilhada com o DPO.
É, portanto, imperativo a realização de mais estudos nesta área, para a criação de *guidelines* baseadas na evidência

P n.º 0591

Caracterização da suspensão da anticoagulação numa enfermaria de medicina interna

Catarina Sousa Gonçalves(1);Alexandra Wahnon (Co-1º Autor)(1);Carolina Carreiro(1);Tiago JFS Branco(1);Raquel a. Soares(1);Liliia Savka(1);Raquel Mendes Boto(1);Carolina Monteiro(1);Maria José Pires(1);Ana Carolina Santos(1);Ana Maria Baltazar(1);Ana Castro Barbosa(1);Ana Furão Rodrigues(1);Liliana r. Santos(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A Fibrilhação auricular e a insuficiência cardíaca afetam 1-2%da população mundial e a prevalência de ambos aumenta com a idade. A anticoagulação é um dos pilares do tratamento dos doentes com doença cardiovascular. No entanto, nenhuma terapêutica é inócua. A hemorragia é o mais frequente efeito adverso associado à anticoagulação, sendo também o mais temido.
Objetivo: Caracterizar a suspensão da anticoagulação numa enfermaria de medicina
Resultados: Numa população de 123 doentes internados durante 6 meses, 12.2% eram previamente anticoagulados, sendo que apenas 7% se encontravam medicados com antagonistas da vitamina K. Desta subpopulação, 40% suspendeu a anticoagulação à data de alta, todos sob novos anticoagulantes orais (NOAC). A idade média era de 82.3 anos, sendo 83.3% do sexo feminino. Todos os doentes apresentavam um frailty score superior a 5 e 50% dos doentes apresentavam síndrome demencial. O motivo mais frequente para a suspensão foi anemia (83.3%), sendo que em 33% dos doentes a anemia foi efeito 2º da anticoagulação (epistáxis e hemorragia digestiva).
Conclusões: Nesta subpopulação, verifica-se que a maioria dos doentes necessitou suspender a anticoagulação. A maioria dos estudos apresenta a hemorragia como complicação associada mais frequente, sendo frequente a comparação da taxa de hemorragia em doentes medicados com NOAC versus antagonistas vitamina K, apresentando estes últimos uma maior taxa associada. Nesta subpopulação, > 90% dos doentes encontrava-se medicado com NOAC, pelo que não se podem aferir conclusões comparativas entre as classes de fármacos. Destaca-se que todos os doentes apresentavam grau de dependência, sendo que 50% apresentava síndrome demencial. Assim, denota-se que a suspensão da anticoagulação parece estar relacionada com contra-indicações, eventos adversos e grau de dependência. A anticoagulação é uma estratégia terapêutica importante e individualizada, devendo ser equacionada contemplando todos os aspetos clínicos e sócio-demográficos do doente.

P n.º 0630

As múltiplas facetas da sarcoidose

Teresa Moitinho de Almeida(1);Martim Henriques(1);Ana Rita Barradas(1);Margarida r. Fonseca(1);Ana Lynce(2);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO
A sarcoidose é uma doença sistémica caracterizada por um padrão inflamatório granulomatoso do tipo não caseoso. A apresentação clínica mais frequente cursa com cansaço, dispneia e tosse, sobretudo relacionados com afeção pulmonar. No entanto, a sintomatologia e a expressão da doença podem ser variadas, com apresentação em diversos órgãos e sistemas. Geralmente é mais frequente no sexo feminino e tem 2 picos de incidência (na terceira e na sexta décadas de vida), sendo a biópsia o exame gold standard para o seu diagnóstico.
OBJETIVO
O propósito deste trabalho é descrever uma série de casos com diferentes formas de apresentação de sarcoidose, evidenciando as suas variadas manifestações clínicas.
MATERIAL E MÉTODOS
Foi realizado um estudo retrospetivo, onde foram selecionados 7 doentes acompanhados em consulta externa de Medicina Interna com diagnóstico de sarcoidose. Para recolha e análise de dados, foram consultados os processos clínicos destes doentes.
RESULTADOS
Dos 7 doente com diagnóstico de sarcoidose, 4 eram do sexo masculino (57%), 3 do sexo feminino (43%) e a idade média ao diagnóstico foi de 45 anos. Relativamente às formas de apresentação, destacamos a variabilidade de sintomatologia apresentada, congruente com a multiplicidade de variantes da doença. A afeção pulmonar só se verificou em 2 doentes (28%), sendo a afeção ganglionar a mais prevalente (71%), seguida da ocular e cardíaca (28%). Destacamos um dos doentes, que apresentou uma síndrome de Lofgren, com eritema nodoso, artralgias e linfadenopatias hilares bilaterais, bem como outro doente, que desenvolveu, ao longo do seguimento em consulta, uma neoplasia hematológica, enquadrando-se na síndrome linfoma-sarcoidose, descrita na literatura.
Quanto à marcha diagnóstica, todos os doentes apresentaram elevação analítica da enzima conversora da angiotensina (ECA), sendo que apenas 43% apresentou aumento da velocidade de sedimentação (VS) e 28% elevação da proteína C reativa (PCR). O estudo histopatológico permitiu confirmar o diagnóstico em quase todos os casos, com excepção da apresentação ocular (que não carece de confirmação com biópsia). Além disso, a avaliação imagiológica, seja por radiografia torácica, tomografia computadorizada ou tomografia por emissão de positrões, foram ferramentas essenciais no diagnóstico e/ou monitorização em todos os doentes.
CONCLUSÕES
Através desta pequena casuística pretendemos realçar a complexidade diagnóstica desta patologia, pela sua variabilidade de apresentação clínica, que se traduz na série de casos que apresentamos. É notória a individualidade semiológica de cada doente, no entanto, os exames complementares, nomeadamente o doseamento de ECA, biópsia com estudo histológico e avaliação imagiológica, permitiram um diagnóstico

final. Deste modo, a introdução de terapêutica adequada foi fundamental para o prognóstico destes doentes.

P n.º 0648

Cateterização vesical numa enfermaria de Medicina Interna, uma problemática desvalorizada?

Pedro Gomes Santos(1);Paula Nogueira(1);Fábio Emídio(1);Teresa Abegão(1);Bárbara Oliveira(1);Mihail Mogildea(1);Ana Lopes(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A cateterização vesical (CV) tem utilidade clínica, no entanto, o seu uso não está desprovido de riscos. As infeções do trato urinário são as infeções nosocomiais mais comuns, sendo a maioria relacionadas com a cateterização. Além do risco infecioso, também outras complicações são associadas a este dispositivo, nomeadamente lesões uretrais, hematúria macroscópica, dificuldade em remover cateter após introdução, delirium, entre outras. Todas estas complicações estão associadas a internamentos prolongados e aumento da mortalidade intra-hospitalar, tornando-se fundamental o uso criterioso da CV. De modo a combater a CV indevida e segundo a norma 019/2015 da Direção Geral de Saúde (DGS), é necessária a verificação diária da sua pertinência, bem como o seu registo no processo clínico.
Objetivos: Determinar frequência e indicações da CV numa enfermaria de Medicina Interna.
Materiais e métodos: Este é um estudo transversal que envolveu a analise diária dos doentes internados numa enfermaria de medicina interna, num período de duas semanas (entre 11 e 24 de maio de 2022), de modo a determinar a presença de CV. Com base nas guidelines do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para uso apropriado de cateter urinário, foram consideradas adequadas as seguintes indicações, adaptadas a enfermaria de medicina interna: (1) obstrução urinária aguda, (2) lavagem vesical continua por hematúria, (3) monitorizar débito urinário (em doente crítico ou com lesão renal aguda), (4) ajudar cicatrização de feridas na região sagrada ou perineal em doentes incontinentes, (5) conforto em fim de vida. Foram excluídos os doentes com CV crónica prévia ao internamento. Foi consultado o processo clínico de modo a avaliar indicação para CV, comorbilidades associadas, registo médico adequado no processo, bem como prescrição adequada no sistema de prescrição hospitalar.
Resultados: Durante o período analisado, foram internados 60 doentes (80,0 ±12,4 anos, 61,7% sexo masculino), dos quais 20 (33,3%) foram cateterizados em algum momento ao longo do seguimento. Destes doentes com CV, 65% eram do sexo masculino, com idades entre os 49 e 95 anos e uma mediana de 80,5 ±12,0 anos. Como fatores de risco para complicações infeciosas foi identificada a presença de diabetes mellitus em 35%, neoplasias ativas em 10% e corticoterapia crónica em 5%. Dos homens com CV, 38% tinham antecedentes de hiperplasia benigna da próstata. Relativamente às indicações para CV, verificou-se necessidade de monitorização do débito urinário em 30%, obstrução urinária em 25%, feridas sagradas ou perineais em 20%, lavagem vesical por hematúria em 10%, enquanto 15% não tinham indicação válida. Também dentro dos doentes com CV, apenas 50% tinham registo médico no processo clínico da indicação, e 25% apresentavam esta atitude terapêutica prescrita no sistema de prescrição.
Conclusões: Observou-se uma elevada frequência de CV (33,3%) numa enfermaria de Medicina Interna, sendo que 15% não apresentavam indicação apropriada. Relativamente à monitorização deste dispositivo médico, verificou-se uma baixa relevância e sensibilidade das equipas médicas para esta problemática, traduzindo-se

em registos clínicos e prescrições incompletas. É essencial consciencializar os profissionais de saúde relativamente aos riscos da CV, promovendo a verificação diária da necessidade de manter este dispositivo, de modo a reduzir complicações, tempo de internamento e mortalidade intra-hospitalar.

P n.º 0820

Impacto da avaliação nutricional numa Enfermaria de Medicina Interna

Maria Meneses Rebelo(1);Ana Catarina Pereira(1);Ivo Pina(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Frade(1);Inês Urmal(1);Elisabete Sousa(1);João Teixeira(1);Catarina Costa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Estima-se que mais de 30% dos doentes internados apresentem risco nutricional (RN). A desnutrição hospitalar amplifica a necessidade de cuidados de sau´de e influencia marcadamente a qualidade de vida dos doentes. Esta condição está fortemente associada ao aumento da morbi-mortalidade, declínio funcional, internamentos prolongados e aumento dos custos em saúde. A norma nº 6634/2018 da DGS recomendou a realização da avaliação nutricional a todos os doentes internados por um período superior a 24 horas, nas primeiras 48h e a cada 7 dias, com base no Nutritional Risk Screenning 2002 (NRS-2002).
Objectivos: Estudar a prevalência dos doentes com RN e a correta aplicação do NRS-2002, bem como a sua relação com complicações imediatas.
Material e métodos: Foram consultados os processos clínicos de todos os doentes admitidos numa enfermaria de medicina durante 4 meses. Foram avaliadas variáveis demográficas, prevalência dos doentes com RN e sua relação com: índice de Katz, gravidade de doença estabelecida de acordo com NRS-2002, morte a 30 dias, estadia hospitalar prolongada (>10dias), readmissão hospitalar a 30 dias, infeção nosocomial e presença de úlceras cutâneas. Foi ainda avaliada a correta aplicação desta ferramenta através da confrontação dos dados do questionário com os dados presentes no processo clínico.
Resultados: Amostra de 336 doentes; 55,6% (n=187) do sexo masculino; idade média de 74,5 anos; índice de Katz médio de 3,83; excluídos 7% (n=25) por ausência de avaliação nutricional. 27,5%(n=86) dos doentes apresentaram RN. Destes, 53%(n=49) eram do sexo masculino, 50%(n=43) apresentaram índice de Katz<4 e 80%(n=69) tinham idade ≥ 70 anos. Em 55% dos doentes o NRS-2002 não foi avaliado semanalmente durante o internamento.
O grupo de doentes com RN quando comparado ao grupo de doentes sem RN apresentou maior taxa de morte a 30 dias (25% VS 6%), internamentos mais prolongados (38% VS 26%), maior prevalência de infeções nosocomiais (30% VS 10%) e de úlceras cutâneas (13% VS 9%), associando-se ainda a critérios de doença grave segundo o NRS-2002 (47,7% VS 5%).
Em 25%(n=21,5) dos doentes com RN a avaliação foi incorreta, não tendo sido realizado plano nutricional - 70% por não contabilização de parâmetros de deterioração do estado nutricional e 60% por não contabilização de parâmetros de gravidade de doença. Neste grupo de doentes verificou-se 26% de mortes a 30 dias, 47% de estadia hospitalar prolongada, 22% de readmissões em 30 dias, e 30% com infeções nosocomiais.
Conclusões: Nesta população de doentes avaliados o RN esteve presente num número significativo de doentes, estando, contudo, subavaliado em virtude quer da omissão da sua avaliação, quer da incorreta aplicação das ferramentas de avaliação. O RN deve ser considerado uma comorbilidade com importante implicação prognóstica, sendo essencial reforçar a correta aplicação do NRS-2002 e consequente implementação do plano nutricional, tão relevantes como as demais abordagens terapêuticas de fase aguda.

P n.º 1018

Elegibilidade para estratégia COMPASS em doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna

Sofia Julião(1);Andreia Lopes(1);Dora Sargento(1);Mariana Alves(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Em 2017 o estudo COMPASS demonstrou que a terapêutica com rivaroxabano 2.5 mg em combinação com ácido acetilsalicílico 100 mg, reduziu o risco de eventos e mortalidade cardiovascular (CV) em doentes com doença coronária estável (DAC) e doença arterial periférica (DAP). O nosso trabalho pretende aplicar os critérios de inclusão e exclusão do estudo COMPASS e avaliar se os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna são elegíveis para iniciar esta estratégia terapêutica.
Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e transversal. Num dia selecionado aleatoriamente foram consultados os registos eletrónicos de todos os doentes internados no serviço de medicina. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão do COMPASS trial. Foi realizada análise descritiva dos dados.
Resultados: Foram incluidos 48 doentes, com média de idade de 74.8 +/- 16.4 e 52% eram do sexo masculino. Destes doentes, 19% (n=9) tinham critérios de inclusão para iniciar a estratégia COMPASS - 55% (n=5) com DAC, 45% (n=4) com DAP. Contudo, após aplicar os critérios de exclusão apenas 4% (n=2) eram elegíveis para iniciar estratégia COMPASS. O principal critério de exclusão foi a terapêutica com anticoagulação oral por fibrilhação auricular, seguido de doença com mau prognóstico.
Conclusões: Apenas uma minoria dos doentes internados são elegíveis para iniciar a estratégia COMPASS à data de alta. Este resultado pode ser justificado pelo facto de os doentes internados apresentarem doença mais grave e aguda. No entanto, no seguimento posterior destes doentes, o internista deve considerar e reavaliar a possibilidade do início desta terapêutica.

P n.º 1142

Síndrome de Guillain Barré - Revisão de uma série de casos numa UCI e sua associação com COVID19

Pedro Manuel Batarda Sena(1);Andreia Salgadinho(2);Carolina Monteiro(3);Martim Trovão Bastos(3);Mariana Barosa(3);Marta Herculano(4);Rodrigo Duarte(4);Ricardo Carnevale(4);Ines Antunes(4);Filipa Monteiro(4);Francisco Coelho(4);João Torres(4)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (3) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A Síndrome de Guilliain-Barré (SGB) é uma doença inflamatória do sistema nervoso periférico. Embora curável, é a causa mais comum de paralisia flácida, com quase 100.000 casos por ano em todo o mundo. Recentemente, e durante a pandemia de SARS-CoV-2, a incidência de SGB aumentou.
Na pesquisa na pubmed existem 73 relatos de casos de SGB em pacientes com infeção por COVID-19 ou com alta suspeita de infeção, sendo que destes, 26 são relatos de casos únicos e 6 de casos seriados. Os estudos sobre SGB relacionados ao SARS-COV-2 geralmente relatam uma forma comum de SGB motora e sensorial, muitas vezes associada a uma variante desmielinizante. A síndrome de Miller Fisher foi encontrada em 25% desses casos.
A resposta à terapia imunomoduladora foi benéfica em 78,1% dos pacientes. O curso da doença é geralmente grave e até um terço dos pacientes com SGB associada ao SARS-COV-2 precisam de suporte ventilatório e cuidados em UCI.
Tivemos como objetivo analisar todos os casos de SGB admitidos na UCI de um hospital terciário português, nos últimos 5 anos.
Houve 8 casos de SGB, com incidência semelhante em ambos os sexos e com uma distribuição na faixa etária entre os 32 e os 76 anos. 87,5% dos pacientes apresentaram sintomas autonómicos . Curiosamente do total de casos, 50% foram hospitalizados nos últimos 2 anos e desses 75% estavam de alguma forma relacionados ao SARS-COV-2, seja em termos de infeção ou pós vacina (1 caso). O outro caso dos últimos 2 anos foi associado à vacina contra o vírus influenza.

Todos os pacientes apresentavam polineuropatia motora e sensitiva (AMAN/AMSAN). A pontuação média do SAPS II foi de 31,5 e APACHE foi de 11,7.

Todos os pacientes foram inicialmente tratados com imunoglobulina (IGIV), mas metade também necessitou de plasmaferése, pois a resposta ao IGIV foi considerada insuficiente. Todos os casos associados à imunização necessitaram de plasmaferése, ao contrário dos casos associados à infeção por SARS-COV-2 que foram resolvidos com IGIV. Isto revela uma resposta à IGIV inferior à relatada na literatura. O tempo de permanência na UCI foi de 22,6 dias e a mortalidade na UCI foi de 12,5%.

Concluindo houve 8 casos de SGB nos últimos 5 anos, o que é muito superior aos anos anteriores, sendo que 75% destes ocorrem nos últimos 2 anos. que é um número consideravelmente superior ao que encontramos nos anos anteriores, pois também analisamos dados desde 2008 e encontramos apenas 4 casos de 2008 a 2019. Em comparação com o que é relatado na literatura, os nossos casos são iguais em prevalência independentemente do sexo, e os sintomas e a forma de apresentação

parecem ser semelhantes entre os casos. Em comparação com outros estudos de caso, a resposta à IGIV parece ser menos eficaz
A causa do incremento de numero de casos de SGB não é clara, podendo ser atribuída ao potencial inflamatório sistémico do SARS-COV-2 e levantar a hipótese de alguma forma de tropismo do vírus em alguns indivíduos pelo sistema nervoso central.
No entanto são necessários mais estudos para compreender a causa deste aumento de incidência de SGB e do aumento desta associado ao SARS-COV-2.

P n.º 1186

Doente oncológico no Serviço de Medicina Interna – um estudo retrospetivo

Rafael Marques(1);Alexandra s. Machado(1);Ana Aranha(1);Filipe Veiga(1);Bernardo Macedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A doença oncológica tem uma expressão cada vez maior a nível mundial. Os avanços científicos permitem prolongar a esperança média de vida dos doentes oncológicos (DO). Porém, este ganho está também associado a um aumento da probabilidade de desenvolver complicações associadas tanto à patologia como ao tratamento, o que se traduz numa maior procura de cuidados de saúde.
Objetivo: Caracterizar os DO admitidos no serviço de medicina interna (SMI) num hospital secundário durante 2021.
Material e métodos: Estudo retrospetivo de DO admitidos no SMI de janeiro a dezembro de 2021. Follow-up superior a 5 anos em doentes com critérios de cura foi critério de exclusão. A aquisição de dados foi realizada através da consulta do processo clínico informático. Foram recolhidos dados demográficos, diagnóstico principal, tempo de internamento, reinternamento e readmissão no serviço de urgência aos 30 dias após alta, mortalidade intra-hospitalar e 30 dias após alta, neoplasia primária, estadiamento e tratamentos realizados bem como as comorbilidades associadas e o destino após a alta.
Resultados: Dos 446 DO, 60.1% (268) eram homens, com idade mediana 78 anos (AIQ 17). As neoplasias primárias mais frequentes foram genito-urinárias (24.7%), gastro-intestinais (18.4%) e hematológicas (16.4%). No que concerne ao estadiamento, 61.7% (275) dos doentes apresentavam doença loco-regional e 38.3% (171) doença metastática. Relativamente à performance status, 61.7% (275) dos doentes encontravam-se no Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-2 e 38.3% (171) no 3-4. As principais causas de admissão no SU foram predominantemente infecciosas (54.4%) seguido de insuficiência cardíaca (13.5%). À admissão, 42.5% (190) DO encontravam-se em tratamento de suporte, 32.2% (143) em tratamento paliativo e 25.3% (113) em tratamento com intuito curativo. Dos tratamentos realizados, realça-se 40.1% (179) dos DO com cirurgia prévia e 25.6% (114) sob quimioterapia ativa. As comorbilidades cardio-vasculares são as mais prevalentes nos DO (85.4%), seguindo-se das neuro-psiquiátricas (43.7%) e infeciosas (31.6%). O tempo mediano de internamento foi de 6 dias (AIQ 7). 31,6% e 19,5% dos DO foram readmitidos no SU e reinternados aos 30 dias após a alta, respetivamente. A mortalidade intra-hospitalar foi de 20.2% (90) e nos 30 dias após alta foi de 18.6% (83). A maioria dos DO (51.8%) manteve seguimento no médico assistente à data de alta.
Conclusões: O DO tem uma expressão significativa no internamento de SMI. A suscetibilidade dos DO a variadas infeções deve-se tanto a fatores induzidos pelo cancro como aos regimes terapêuticos. Assim, o rápido reconhecimento por parte do internista das complicações associadas tanto à neoplasia primária como ao seu tratamento, tem um impacto significativo no futuro do doente.

P n.º 1353

ESCLEROSE SISTÉMICA, UMA ENTIDADE RARA: FOTOGRAFIA TEMPORAL DOS DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA

Mariana Estrela Santos(1);, Paula Ferreira(1);Andreia Seixas(1);Carina Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO:
A Esclerose Sistémica (ES) é uma doença heterógenea, crónica e multissistémica, que se caracteriza por disfunção vascular e fibrose generalizadas, com diferentes graus de progressão, gravidade e outcomes.

OBJETIVO:
Análise descritiva dos doentes atualmente em seguimento na consulta externa (CE) de ES de um hospital, com enfoque na distribuição etária, por sexo, manifestação inicial da doença, tipos de ES, anticorpos identificados e orgãos e sistemas envolvidos à data da colheita de dados.

MATERIAL E MÉTODOS:
Trata-se de um estudo observacional transversal. A amostra inclui todos os doentes em seguimento na CE de ES entre 1 de Janeiro de 2014 e 31 de Dezembro de 2021. Foram excluídos aqueles com alta da consulta (médica, óbito ou perda de seguimento).
Os dados foram recolhidos a partir dos processos clínicos (SClinic) no período definido anteriormente. Foi elaborada uma base de dados com a informação recolhida e realizada análise descritiva das variáveis com recurso ao Excel.

RESULTADOS:
Encontram-se atualmente em seguimento na CE de ES 70 doentes.
A maioria são do sexo feminino, 87.1% (n=61). Mais de metade, 52.9%, têm mais de 65 anos e a média de idades é de 65. O doente mais jovem tem 43 anos e o mais velho 90 anos.
Quanto às manifestações iniciais, 70% (n=49) com apenas 1 orgão/sistema envolvido enquanto os restantes 30% apresentavam 2 ou mais. As manifestações mais frequentemente relatadas foram: vasculares em 81.4% (n=57), com ênfase no fenómeno de Raynauld e úlceras digitais; cutâneas em 20% (n=14), com espessamento cutâneo mais frequentemente distal; articulares em 17.1% (n=12), com queixas e fenómenos de artrite observáveis; gastrointestinais (GI) em 11.4% (n=8), com disfagia e queixas de refluxo gastroesofágico; Pulmonares e renais em apenas 1 doente como manifestações iniciais.
A ES forma limitada cutânea foi a mais frequente, em 64.4% (n=43), seguindo-se das formas ES sine escleroderma em 8.6% (n=6), ES forma difusa em 5.7% (n=4) e síndromes de overlap em 5.7% (2 com Síndrome de Reynolds; 1 com ES limitada cutânea com overlap com miopatia e 1 com ES limitada cutânea com overlap com Lúpus Eritematoso Sistémico). Incluímos ainda neste estudo aqueles com Pré ES (10%), os quais não preenchem ainda critérios definitivos de ES, e morfeia (7.1%) por se tratar de um espectro clínico da ES.
A maioria dos doentes, 85.7%, apresentava estudo imunológico positivo, sendo que 51.4% (n=36), com identificação de 1 anticorpo (ATC) e 34.3% identificação de 2 ou mais ATC. Os ATC mais frequentemente observados foram: ANA centrómero em 42.9% (n=30); ANA padrão mosqueado 20% (n=14); ANA nucleolar e Anti SCL70 em 11.4% (n=8).

No momento de colheita de dados 54.3% (n=38) tinham atingimento de 3 ou mais orgãos/sistemas sendo que os mais acometidos foram: vascular em 91.4% (n=64), cutâneo em 75.7% (n=53) e GI em 48.6% (n=34).

CONCLUSÕES:
Trata-se de uma doença rara, mas multissistémica, que necessita de acompanhamento específico, pela sua morbi-mortalidade, e cujo diagnóstico inicial é ainda muitas vezes tardio.

P n.º 1394

Comparação entre os utentes com e sem ferropenia da consulta de Diabetes Mellitus (DM).

Inês Salvado de Carvalho(1);Ruben Rego Salgueiro(1);João Barros Rodrigues(1);Jéssica Fidalgo(1);Joana Caires(1);Maria João Baldo(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A ferropenia é um problema de saúde publica mundial. Estudos mostram que esta deficiência nutricional é mais frequente nos diabéticos, associando-se a pior qualidade de vida.
Objetivo: Comparar as características dos utentes diabéticos com e sem Ferropenia da consulta de DM de um Hospital Distrital.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo e objetivo em que foi selecionada uma amostra de doente da consulta de DM de um Hospital Distrital, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro 2021. Da amostra selecionada foram criados dois grupos, o grupo 1 (g.1): doentes com critérios de ferropenia (ferritina < 50ng/ml e/ou Índice Saturação de Transferrina (IST) < 20%) e o grupo 2 (g.2): sem critérios. As variáveis analisadas: sexo, idade, classificação da DM, valor de HbA1 inicial e atual, comorbilidades, complicações da DM, diagnósticos secundários, valor de hemoglobina inicial, valores dos fatores hematinicos inicial, ferropenia, anemia (Hb <12g/dl), terapêutica (antidiabéticos orais, insulina, ferro oral, carboximaltose férrica). Os dados foram colhidos pela consulta do processo clínico em suporte informático (S-Clinico®) e Modlab®, posteriormente procedeu-se a uma análise estatística descritiva através do SPSS®.
Resultados: A amostra selecionada da consulta de DM foi de 309 doentes, o g.1 apresentava 117 e o g.2 192 utentes. Em relação ao género: sexo feminino 62% (g.1) e 42% (g.2). A média de idades foi 70,2 anos (desvio padrão (dp) ±11.5) (g.1) e 66 anos (dp ±13.5) (g.2) A classificação da DM: tipo 2 em 94% (g.1) e 84.9% (g.2). O valor médio de HbA1c na 1ª consulta foi 8.6% (dp ±1.9) e atual 7.3% (dp ±1.3) no g.1. No g.2 o valor médio de HbA1c na 1ª consulta foi 8.3% (dp ± 1.9) e atual 7% (dp ±1.3). Os utentes apresentavam: 91.5% (g.1) e 75% (g.2) hipertensão, 76.9% (g.1) e 71.9% (g.2) dislipidemia e 52.1% (g.1) e 41.1% (g.2) obesidade. A média de diagnósticos secundários 5.6 (dp ±2.8) no g.1 e de 4.5 (dp ±2.6) no g.2. As complicações mais frequentes são: 39.3% (g.1) e 39.1% (g.2) doença arterial coronária, 35.9% (g.1) e 38.5% (g.2) esteatose hepática, 29.1% (g.1) e 22,4% (g.2) nefropatia, 20.5% (g.1) e 18.2% (g.2) retinopatia. O valor médio inicial da hemoglobina foi 13g/dl (dp ±1.7) no g.1 e 14.2g/dl (dp ±1.6) no g.2. O valor médio dos fatores hematinicos no g.1: ferro 52.9 (dp ±20.8), IST 16.6% (dp ±6), ferritina 100.9 (dp ±161.5). No g.2: ferro 89.2 (dp ±30.9), IST 31.5% (dp ±10.8), ferritina 192.4 (dp ±178.7). Do grupo de utentes com ferropenia (g.1), 25.6% apresentavam anemia e do grupo sem ferropenia (g.2), 6.3%. Os utentes realizavam em média 11 (dp ±2.9) fármacos no g.1 e 9.3 (dp±3.3) fármacos no g.2. A terapêutica para a DM: 65.8% (g.1) e 68.8% (g.2) antidiabéticos orais, 55.6% (g.1) e 47,4% (g.2) insulina e 37.6% (g.1) e 32.8% (g.2) análogos de GLP1. Os utentes realizavam terapêutica ferro oral: 28.2% (g.1) e 17.2% (g.2) e carboximaltose férrica: 27.4% (g.1) e 8.9% (g.2). Os utentes recorreram ao serviço de urgência e foram internados por DM descompensada em 21.4% e 12%, respetivamente no g.1 e 27.1% e 14.2%, respetivamente no g.2. A mortalidade foi 6% (g.1) e 1% (no g.2).

Conclusões: No estudo, o grupo de doentes diabéticos com ferropenia tem uma média de idades superior, a percentagem de doentes com anemia e a percentagem de mortalidade é superior ao grupo de doentes sem ferropenia.

P n.º 1835
Um dia no serviço de Medicina Interna- o antes e o durante a pandemia COVID-19

Miguel Gonçalves Pereira(1);Ana Teresa Moreira(1);Luís Veiga(1);Ruben Rego Salgueiro(1);Paulo Morgado Pinto(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Outro

Introdução:
A pandemia COVID-19 obrigou os hospitais a uma "adaptação rápida" da habitual prestação de cuidados de saúde. Entre todos os constrangimentos causados nesse período, houve em algumas situações um protelar na procura de cuidados diferenciados, assim como alteração da resposta assistencial. Neste contexto, importa tentar perceber qual o impacto da pandemia no tipo de doentes que necessitou de internamento de Medicina Interna.

Objetivo:
Avaliar a influência da pandemia nas características e no outcome dos doentes com critérios de internamento num serviço de Medicina Interna.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de doentes internados no serviço de Medicina Interna, no dia 02 de Janeiro de 2019, 2020, 2021 e 2022. Recolheu-se a informação referente aos doentes internados de acordo com os registos clínicos em SClinico. O dia 2 foi escolhido por ser o primeiro dia útil do ano civil. Para cada um dos anos as variáveis analisadas foram: género, média de idades, doentes polimedicados em ambulatório previamente ao internamento, motivos de internamento, duração média de internamento, reinternamento(s) nesse mesmo ano civil, número de óbitos durante o internamento.

Resultados:
Total da amostra: 242 doentes
Número de doentes internados à data: 59 (2019), 58 (2020), 64 (2021), 61 (2022).
Média de idades: 79,46 anos (2019); 80,34 anos (2020); 80,86 anos (2021); 78,72 (2022).
Doentes polimedicados: 44 (2019); 37 (2020); 53 (2021); 37 (2022).
Motivos de internamento mais comuns: (2019) Insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Insuficiência respiratória (IR), Pneumonia Bacteriana; (2020, 2021, 2022) Distúrbios hidroelectrolíticos, IR, Pneumonia Bacteriana.
Duração média de internamento: 22,10 dias (2019); 28,14 dias (2020); 28,38 dias (2021); 29,87 dias (2022)
Óbitos: 6 (2019); 12 (2020); 17 (2021); 9 (2022)
Número de reinternamentos: 8 (2019); 10 (2020); 17 (2021); 9 (2022, até o momento de recolha dos dados)

Conclusões:
Quando comparados com o ano pré-pandémico de 2019 e início pré-pandemia de 2020, os restantes anos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis analisadas, apesar do aumento da duração média de internamento, e em 2021 do número de óbitos e reinternamentos. Observou-se ainda que as 3

patologias mais comuns foram semelhantes entre os indivíduos internados nos diferentes anos analisados.
No entanto, é de salientar que se analisou apenas 1 dia nos diferentes anos e dado o tamanho da amostra, entre outros factores, os resultados devem ser confirmados num estudo mais alargado.

P n.º 1991
LES e infecção

Manuel Pimentel Maia(1);Telma Alves(1);Tiago Jorge Costa(1);Filipa Fernandes(2);Mariana Portugal(2);Joana Paixão(1);Fátima Silva(1);Jorge Fortuna(1);Lèlita Santo(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução:
O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica, caracterizada pela produção de auto-anticorpos, com atingimento multissistémico. Apresenta-se na maioria das vezes de uma forma heterogénea, o que aumenta a sua complexidade clínica. É pautado por uma componente de imunossupressão que predispõe o doente a diversas infeções. A compreensão dos padrões de infeção e sua prevalência, poderá possibilitar uma abordagem clínica mais eficaz, com melhoria do prognóstico a curto e médio prazo.
Material e métodos:
Estudo retrospetivo dos doentes com diagnóstico de LES, internados por quadro infecioso no Serviço de Medicina Interna, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2019 e 31 de Dezembro de 2020, através da consulta do processo clinico.
Objetivos: Caracterização do tipo de infeção, gérmen isolado, esquemas de antibioterapia usados, evolução dos doentes, reinfeções e tratamento dos doentes internados com LES por infeção.
Resultados: No total, dos 70 doentes internados por LES, 37 doentes apresentavam diagnóstico principal de infeção. A média de idade destes doentes era de 64.35 anos, dos quais 75.68% eram do sexo feminino. No total, perfazem 47 episódios de internamento com duração média de 12.27 dias (superior à duração média dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna, 8,64 dias). As infeções foram subdivididas nas seguintes categorias: respiratória 83.78% (infeção vírica em 36.17%, 15 doentes com SARS-Cov-2, bacteriana em 29.79% e fúngica 2.13%), urinária em 14.89%; cutânea e cardíaca em 6.39%. De referir que, 4 doentes desenvolveram sépsis com choque associado. Relativamente à terapêutica antibiótica instituída, importa sublinhar que o esquema mais prevalente na infeção urinária foi ceftriaxone (57,14%) e na infecção respiratória bacteriana, amoxicilina/ácido clavulânico associado a azitromicina (57,14%).
Em relação à terapêutica dirigida ao LES, 75.68% estavam medicados com hidroxicloroquina, 67.57% prednisolona, 10.81% micofenolato mofetil, 8.11% azatioprina, 5.41% metotrexato, 2.7% ciclofosfamida e 2.7% rituximab.
Em relação à evolução dos doentes internados, 81.08% (n=30) tiveram alta e 18.92% (n=7) faleceram.
Conclusão: Os doentes com LES estão mais predispostos a intercorrências infeciosas com complicações que implicam, muitas vezes, internamento hospitalar e maior mortalidade.
Este estudo retrospetivo permitiu concluir, corroborando a literatura atual, que a infeção por SARS-CoV-2 teve uma importante expressão ao nível das infeções víricas, neste período, ultrapassando a incidência das infeções de etiologia bacteriana. A maioria dos doentes (67,57%), tinha dose cumulativa de corticoide significativa o que pode implicar maior suscetibilidade a quadros infeciosos de diferentes etiologias.

A infeção é, no doente lúpico, a segunda causa de internamento, particularmente após agudizações da doença de base, o que reforça a importância da profilaxia, nomeadamente através da vacinação atempada destes doentes.

P n.º 2056

Polimedicação na Diabetes: Risco ou benefício?

Ruben Rego Salgueiro(1);Inês Salvado Carvalho(1);Miguel g. Pereira(1);Catarina Tavares Valente(1);Luis Veiga(1);Jessica Marta Paiva Fidalgo(1);Maria João Baldo(1);Sónia Cristina Cardoso Canadas(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: O tratamento da diabetes tem vindo a evoluir nos últimos anos. Contudo, associado a estes doentes existem múltiplas comorbilidades, que criam necessidade de introdução de multiplos medicamentos. A polimedicação tornou-se um problema prioritário de saúde pública no doente idoso e diabético, com aumento do risco de efeitos adversos, interações medicamentosas e hospitalizações.
OBJETIVOS: Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência da polimedicação numa amostra de doentes diabéticos.
METODO: De uma área hospitalar, foi extraída uma amostra de 211 doentes com mais de 65 anos, seguidos em consultas de diabetologia. A amostra foi estratificada por sexo, as variáveis estudadas foram a idade, o número de medicação habitual não-antidiabética (toda medicação com exceção de antidiabéticos orais e/ou insulina), comorbilidades micro (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (HTA, pé diabético, doença cérebro-vascular, doença arterial periférica) associadas à diabetes. Foi utilizado o programa estatístico SPSS.
RESULTADOS: Da amostra em estudo, 53% eram mulheres. A idade média foi de 74.7±7.4 (mulheres 65.79±12.29 e homens 69.83±12.29). O consumo médio de fármacos não anti-diabéticos, por um período superior a três meses foi de 10.0±3.3, apresentando as mulheres uma média de 10.4±3.2 e os homens 9.5±3.4. A prevalência de consumo simultâneo de dois a quatro fármacos (polimedicação minor) na amostra foi de 5.5% e de mais de cinco fármacos (polimedicação major) foi de 93.5%. Dos 140 doentes que apresentam comorbilidades macrovasculares, em média referem a toma de 10.8±3.0 fármacos. Os restantes 61 que não apresentam afetação macrovascular, apresentam uma média de 8.7±3.4 fármacos.
No caso das microvasculares, 130 doentes que apresentam alterações referem uma média de 10.91±3.0 fármacos e dos 71 sem alterações microvasculares 10.54±2.7 fármacos.
A prevalência da polimedicação não-antidiabética é superior com o aumento da idade (β=0.362; p=>0.01), assim como com o aumento das comorbilidades macrovasculares associadas à diabetes (β= 0.305; p=>0.01).
CONCLUSÃO: A partir do estudo, obtiveram-se prevalências de polimedicação elevadas, tanto nas pessoas mais idosas, como nas mulheres. O aumento da polimedicação pode estar associada às alterações macrovasculares pela maior necessidade de regulação dos seus sintomas. Nas alterações microvasculares, as relações não são significativas. Mais estudos são necessários para avaliar possíveis interações farmacológicas que possam contribuir para o agravamento do quadro do doente diabético. É fundamental a promoção de estratégias preventivas para a redução da polimedicação e optimização terapêutica destes doentes.

P n.º 2189

Fatores de risco para infeção por Clostridioides difficile em doentes internados

Beatriz Tallon(1);Margarida I. Nascimento(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Ana Carmo(1);Inês Margarido(1);Paulo Paixão(1);Margarida Proença(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
Clostridioides difficile é causa de colite pseudomembranosa, geralmente em doentes expostos a antibióticos, sendo este o fator de risco mais amplamente conhecido e eventualmente modificável. Outros fatores de risco estabelecidos incluem idade avançada, hospitalização e doença grave, bem como nutrição parentérica, cirurgia gastrointestinal, obesidade, quimioterapia, doença inflamatória intestinal, cirrose e possivelmente o uso de inibidores da bomba de protões (IBP).
Objetivo
Caracterizar população adulta com diagnóstico de colite a C. difficile durante o internamento.
Métodos
Estudo retrospetivo de doentes adultos com isolamento de C. difficile num Hospital Universitário português, entre janeiro de 2015 e abril de 2022. Desta análise foram excluídos os portadores assintomáticos. Foram analisados dados demográficos, comorbilidades e fatores de risco para infeção. Variáveis contínuas são expressas como média e desvio-padrão, enquanto as variáveis categóricas são expressas em frequência e percentagem. A análise estatística foi realizada a partir do Microsoft Excel.
Resultados
Verificaram-se 62 casos de infeção por C. difficile. Predominou o sexo feminino (45 doentes). A média de idade foi 71±20 anos (mínima 21, máxima 97). O índice de Charlson foi de 5±3 (mínimo 0, máximo 15), traduzindo maior número de comorbilidades e complexidade. As comorbilidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (43,6%), neoplasia ativa (37,1%) - destes 19,4% sob QT -, insuficiência cardíaca (30,7%), doença renal crónica (19,5%), diabetes (12,9%), demência (12,9%). Mais de 85% dos doentes tinham cumprido antibioterapia nos três meses precedentes, sendo as classes mais frequentes os beta-lactâmicos (80,6%), quinolonas (21%). Cerca de 60% dos doentes tinham feito mais do que um antibiótico previamente ao quadro clínico. O uso de IBP foi identificado em 24 doentes (38,7%).
Conclusões
A infeção por C. difficile foi particularmente prevalente em idosos, do sexo feminino, com multimorbilidade, em especial neoplasia ativa. A antibioterapia foi o o fator de risco mais frequentemente identificado, sendo os beta-lactâmicos o grupo mais associado a esta infeção. Os resultados salientam a importância da utilização consciente de antibioterapia, evitando o uso indiscriminado de antibióticos.

P n.º 2433

Doentes covid-19 numa unidade de intermédios da medicina: quem são?

Sofia Picão Eusébio(1);Pedro Pires(2);Rita Prayce(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (2)
MEDICINA 1 - CHLC - HOSPITAL DE S. JOSÉ

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Desde o seu reconhecimento, a infeção a SARS-COV-2 demonstrou manifestar-se num largo espectro de gravidade clínica - desde infecção assintomática a doença grave com internamento em unidade de cuidados intensivos(UCI). As unidades de cuidados intermédios médicos (UCIM) podem ter um papel de charneira na gestão destes doentes após a sua permanência em UCI, funcionando como unidades de step-down de doentes complexos e com elevado investimento prévio, frequentemente com internamentos já prolongados pautados por complicações (infecciosas ou outras), assim como, doentes traqueostomizados por desmame ventilatório difícil. Importa, então, caracterizar esta subpopulação para melhor gestão dos doentes pós-COVID-19 grave na altura de step-down.
Analisar as principais características dos doentes COVID-19 internados numa UCIM de um Centro Hospitalar Terciário durante o período compreendido entre Junho de 2020 e Fevereiro de 2022.
Análise retrospectiva das bases de dados da UCIM (Microsoft database®) no período descrito.
No período descrito, foram admitidos 34 doentes COVID-19 grave em regime de step-down após cura virológica, representando 6% (N=35) das admissões (N=565). A amostra analisada incluiu 25 homens (74%) e 9 mulheres (26%), com idade média de 59.4anos (desvio padrão 13,69; min 24 e max 81). O tempo médio de internamento na UCIM foi de 8.83dias (desvio padrão 6,94, min 2 e max 33). As principais comorbilidades dos doentes foram a doença renal crónica (88%),diabetes tipo 2 (74%) e hipertensão arterial essencial (29%). Apenas 4(12%) doentes eram imunodeprimidos e 2(6%) tinham doença pulmonar estrutural. Somente 8 doentes (24%) estavam vacinados contra a infeção a SARS-CoV-2. O principal motivo de transferência para a UCIM foi o desmame ventilatório, sendo que 35% (N=12) dos 34 doentes estavam traqueostomizados, 21% necessitaram de oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal e 1 de ventilação não-invasiva. De referir que a existência de sobreinfeção bacteriana ou infeções nosocomiais foram comuns a quase todas as admissões, estando descritas em 32 das 35 (91%) admissões e constituindo um importante factor de prolongamento do internamento hospitalar, a par com a gestão de traqueostomias. A maioria dos doentes (31) teve alta para a enfermaria e apenas 3 foram transferidos para a UCI. A mortalidade na UCIM e a 90 dias foi de 3%, enquanto que a intrahospitalar de 6%.
Após a fase aguda de infecção, a UCIM assumiu um papel fulcral na gestão e estabilização destes doentes complexos antes de ser possível a admissão em enfermaria. A amostra, embora pequena, espelha algumas principais comorbilidades identificadas na literatura como comuns em doentes pós-COVID-19 grave: hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e doença renal crónica e reitera a proposta de maior prevalência de doença grave no sexo masculino.

P n.º 2467

Controlo do c-LDL nos doentes internados e seu impacto prognóstico

Joana Tender Vieira(1);Maria Beatriz Santos(1);Paula Matias(1);Pedro Marques(1);Jorge Almeida(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

O controlo de fatores de risco como o colesterol da lipoproteína de baixa densidade (c-LDL) tem um impacto estabelecido na redução de eventos e mortalidade cardiovascular. O risco individual de cada doente é determinante para definir os alvos terapêuticos e o internamento hospitalar pode ser utilizado para avaliação de risco e intervenção.
Avaliar o controlo do c-LDL e o seu impacto na redução de eventos e mortalidade cardiovascular.
Estudo retrospetivo de doentes entre os 40 e os 70 anos internados em enfermaria de Medicina Interna de um hospital terciário, no período de quatro meses, e com doseamento de perfil lipídico. Estes foram agrupados em categorias de risco cardiovascular (RCV) segundo as guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS Statistics 27®.
281 doentes (61% homens) com uma idade mediana de 57 anos (p25-p75, 51-69) foram considerados na análise. 53% eram hipertensos, 52% tinham obesidade/excesso peso, 42% eram fumadores e 23% tinham diabetes mellitus. O valor mediano de c-LDL era de 100 mg/dL (p25-p75, 76-142). 170 doentes (61%) tinham um RCV alto / muito alto, dos quais apenas 8% tinham um valor de c-LDL no alvo. 21 doentes (8%) estavam medicados com atorvastatina 20mg à admissão.
Em 85 doentes (30%) foi iniciada ou intensificada terapêutica antidislipidémica. A terapêutica mais utilizada foi a atorvastatina 40 mg. A adesão à terapêutica, inferida através dos dados eletrónicos, foi de 66%. Nas duas medições do perfil lipídico subsequentes ao internamento, 17% tinham valores de c-LDL dentro do alvo terapêutico.
281 doentes foram seguidos durante uma mediana de follow-up de 21 meses (p25-p75, 15-25). 38 eventos, definidos pela mortalidade global e/ou evento cardiovascular não fatal, ocorreram durante este período, 27 dos quais óbitos. Considerando os doentes com LDL controlado nas determinações pós internamento (LDL alvo), registaram-se 8 eventos, 3% versus 7% nos restantes, sem diferença estatisticamente significativa (p=0.3).
As guidelines acerca do RCV têm vindo a ser atualizadas, refletindo uma abordagem mais intensiva na redução do c-LDL. Nos doentes com RCV alto/ muito alto, nos quais se sabe ser maior o impacto prognóstico, a proporção de doentes no alvo foi baixa apesar de não haver registo de perfil lipídico após internamento em cerca de um terço destes. Este fator associado ao curto tempo de follow-up poderá contribuir para não haver diferença significativa em termos de sobrevivência no grupo com LDL alvo.

P n.º 2495

Doença Renal Crónica numa Enfermaria de Medicina Interna: um Estudo Transversal

João Figueiredo Martins(1);Íris Simões Galvão(1);Ana Sofia a. Domingos(1);João Manuel Silva(1);Helena Brazão(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças renais

Introdução: A doença renal crónica (DRC) é bastante prevalente (5,5-15,7%), associando-se a elevada morbilidade e mortalidade. Os doentes renais crónicos são internados mais frequentemente do que a restante população.
Objetivo: Caracterizar os doentes renais crónicos internados numa enfermaria de Medicina Interna.
Material e métodos: Foi realizado um estudo transversal. A amostra (n = 105) incluiu todos os doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna entre 08/01/2022 e 08/02/2022. Para cada doente, foram colhidas variáveis demográficas, clínicas e analíticas. Com base na creatinina basal assumida para cada doente, foi calculada a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) de acordo com a fórmula CKD-EPI 2021. Foi definida DRC se TFGe < 60mL/kg/1,73m2. Foi utilizada estatística descritiva para caracterizar as diferentes variáveis e testes paramétricos para avaliar associações entre a TFGe e comorbilidades de base ou ocorrências no internamento.
Resultados e discussão: A DRC teve uma prevalência de 41,9% (n = 44) nos doentes internados no período estudado. Verificou-se uma associação entre uma menor TFGe e a existência de diabetes (p = 0,001), hipertensão arterial (p = 0,008), insuficiência cardíaca (p < 0,001) e doença coronária (p = 0,041). Uma menor TFGe associou-se a maior frequência de lesão renal aguda (p < 0,001) e de óbito (p = 0,003). Apenas 15,9% (n = 7) dos doentes renais crónicos tiveram DRC codificada à data da alta.
Conclusões: A DRC tem uma prevalência elevada em doentes internados em enfermarias de Medicina Interna, parecendo associar-se a maior risco de lesão renal aguda e óbito.

P n.º 2523

A Microbiologia de uma Consulta de Pé Diabético

Paula Gonçalves Costa(1);Diana Fernandes(1);Pedro Neves Tavares(1);Rita Grácio(1);Dolores Gomes(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: O pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares por complicações da diabetes. Quando existe úlcera ativa, o doente é avaliado de forma a selecionar a antibioterapia empírica adequada e o melhor local para o seu tratamento (ambulatório ou internamento). Antes do início da antibioterapia empírica, é colhido produto para microbiologia de forma a ajustar o antibiótico conforme o agente etiológico e o respetivo teste de sensibilidade antibiótica. Este estudo epidemiológico teve como objetivo caracterizar os doentes de uma Consulta de Pé Diabético, nomeadamente no que diz respeito à microbiologia dos doentes com úlcera ativa.
MATERIAL E MÉTODOS: Procedeu-se à análise retrospetiva dos doentes que foram atendidos numa consulta de Pé Diabético, entre Julho e Setembro de 2020.
RESULTADOS: No período estudado, foram avaliados em consulta 194 doentes, com uma idade média de 71,5 anos (20-94). Existe uma predominância do género masculino (56,7%). As complicações microvasculares estavam presentes em 87,6% dos doentes, sendo a mais prevalente a neuropatia diabética (84,5%). As complicações macrovasculares estavam presentes em 41,8% dos doentes, observando-se um predomínio da Doença Arterial Periférica (34,5%). A maioria dos doentes apresentava pés de características neuropáticas (56,2%).
Relativamente ao risco de úlcera e, de acordo com a classificação da Direção Geral de Saúde, a maioria dos doentes apresentava classificação de Alto Risco (66,5%). A úlcera ativa estava presente em 21,1% dos doentes observados em consulta. Mais de metade dos doentes tinha antecedentes de úlcera (54,1%) e cerca de 7,7% tinha sofrido, no passado, uma amputação major e 13,9% uma amputação minor.
Em relação aos isolamentos microbiológicos, o agente mais frequentemente isolado foi o Staphylococcus aureus, seguido do Proteus mirabilis e do Enterococcus faecalis. Em cerca de 15% dos doentes, foi isolado um microorganismo multirresistente, sendo que o mais frequente foi a Klebsiella pneumoniae.
CONCLUSÃO: Os doentes com úlcera ativa mantêm seguimento apertado na consulta, muitas vezes com consultas semanais ou bissemanais, de forma a realizar cuidados de penso adequados, monitorizar a evolução da úlcera e ajustar a terapêutica, se necessário. De referir que, nestes doentes, as infeções são muitas vezes causadas por múltiplos agentes, implicando esquemas complexos de antibioterapia. É assim essencial o bom senso clínico de forma a distinguir infeção de colonização, evitando tratamentos fúteis.
Tendo em conta que 40 a 60% das amputações não traumáticas ocorrem em doentes diabéticos e, em 85% dos casos as amputações são precedidas por uma úlcera, a existência de uma consulta organizada de Pé Diabético é essencial de forma a prevenir e tratar precocemente lesões evitando amputações e reduzindo a morbi-mortalidade destes doentes.

P n.º 2598
Risco Nutricional e Albuminémia: quando e o que esperar?
João Dinis Martins(1);Ana Rita Ambrósio(1);Henrique Pina(1);Bárbara Rodrigues(1);André Alçada Fernandes(1);Hugo Pêgo(1);Sílvia Guerra(1);Cristina Valadas(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Outro

Introdução:
Sabe-se que a desnutrição se associa a internamentos mais complexos com desfechos mais desfavoráveis, sendo necessária uma otimização nutricional precoce. Neste sentido, o Despacho 6634/2018, estabeleceu a identificação do risco nutricional no adulto internado pela escala Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002). Por sua vez, a albumina, além de ser uma proteína de fase aguda negativa, serve também como marcador nutricional, podendo ter um papel na sinalização de doentes a necessitar de intervenção premente.

Objetivo:
Pretendeu-se determinar alguns fatores preditivos de hipoalbuminémia e de risco nutricional, bem como a associação entre estas duas variáveis e o desfecho e a duração do internamento. Analisou-se ainda a correlação entre a albuminémia e o risco nutricional.

Métodos:
Neste estudo retrospetivo, durante 6 semanas consecutivas, examinaram-se os processos de todos os doentes admitidos a cargo de um serviço de Medicina Interna. Para cada um, consultaram-se a avaliação da NRS 2002, feita pela equipa de enfermagem à admissão e as determinações de albumina sérica. Registaram-se ainda dados demográficos, desfecho e duração do internamento, dependência prévia, internamento no ano prévio, residência do doente e antecedentes como Neoplasia, Doença Renal Crónica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Doença Cerebrovascular e Insuficiência Cardíaca.
Com base no SPSS, analisaram-se as associações entre as albuminémias e a avaliação de risco nutricional com as restantes variáveis e ainda entre si, recorrendo-se aos testes apropriados.

Resultados:
Analisaram-se 208 doentes, tendo sido excluídos 14 (6,7%) por não terem registo de avaliação nutricional, por ainda estarem internados à data do estudo ou por terem sido transferidos para outro hospital, restando 194 (93,3%) doentes elegíveis.
Relativamente às determinações de albumina, verificou-se uma associação com correlação inversa entre estes níveis e os doentes com internamento no ano prévio (p-value 0.009), maior grau de dependência (p-value 0.024), proveniência de instituição (p-value 0.010) ou óbito no presente internamento (p-value 0.030). De referir que 53,6% da população elegível não teve nenhuma determinação de albumina durante o seu internamento.
No que concerne à avaliação do risco nutricional, apenas se verificou uma associação entre doentes com risco nutricional e óbito no presente internamento (p-value 0.002).

Destaca-se ainda a ausência de associações com significância estatística entre os antecedentes pessoais analisados e os níveis de albumina ou risco nutricional.
Por fim, constatou-se uma associação entre doentes com risco nutricional e determinações de albumina mais baixas (p-value 0.021).

Conclusões:
Observa-se que, apesar de haver uma correlação entre o risco nutricional estimado pela NRS 2002 e a albuminémia, estando ambos associados ao desfecho do internamento, apenas a concentração mais baixa de albumina pode ser associada a fatores prévios ao internamento, como o internamento no ano prévio, o maior grau de dependência e a proveniência de instituição.
Apesar do número reduzido de participantes, verifica-se ainda que os antecedentes pessoais considerados não parecem ser preditores de desnutrição.
Assim, serve este estudo para identificar fatores que devem motivar o clínico a ativar uma intervenção nutricional precoce para que, desta forma, se tente melhorar o desfecho do internamento.

P n.º 2612

Insuficiência Cardíaca descompensada - casuística de 2 anos de uma enfermaria de Medicina Interna

Marisa Brochado(1);Maria Inês Santos(1);Maria Margarida Pereira(1);Mafalda Sousa(1);Sara Nicolau(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Insuficiência Cardíaca apresenta elevada incidência e prevalência em todo mundo. A descompensação da Insuficiência Cardíaca é uma das principais causas de hospitalizações em indivíduos com idade superior 65 anos e está associada a elevada taxa de mortalidade e reinternamento. Segundo as novas Guidelines de Insuficiência Cardíaca Aguda da European Society Cardiology 2021 a mortalidade intra-hospitalar varia de 4 a 10%.
Objetivo: Caracterizar uma população de doentes internados por Insuficiência Cardíaca assim como os fatores de descompensação.
Material e Métodos: Estudo observacional retrospetivo de doentes internados num setor do Serviço de Medicina Interna, num período de 2 anos, entre Janeiro de 2020 a Dezembro de 2021, por Insuficiência Cardíaca descompensada, caracterizando a amostra e os principais fatores de agudização e mortalidade. A informação foi obtida através da análises dos processos clínicos.
Resultados: Foram identificados 75 doentes internados, com diagnóstico principal de Insuficiência Cardíaca descompensada durante o período considerado, como diagnóstico principal. A média de idades foi de 84 anos e 34.7% eram do género masculino. A maioria dos doentes (98.7%) apresentavam outros fatores de risco cardiovascular associados. 41.3% apresentavam Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida, 36% fração de ejeção preservada, 13.3% fração de ejeção ligeiramente reduzida e em 9.3% não foi possível caracterizar a fração de ejeção.
O fator de descompensação mais prevalente foi o processo infecioso, responsável por 50.7% dos internamentos. As infeções respiratórias representaram 34.7% e as infeções do trato urinário 16%. Cerca de 13.3% de todos os episódios foram desencadeados por fibrilhação auricular, sendo 50% destes casos já um processo arrítmico conhecido e hipocoagulado, 80% destes com anticoagulante oral. O incumprimento terapêutico assim como a anemia foram responsáveis por 8% e 6.7% das descompensações, respetivamente. Por sua vez, o tromboembolismo pulmonar representou 5.3% assim como a hipertensão arterial. Não menos importante foi a patologia tiroideia, nomeadamente, o hipotiroidismo que desencadeou 4% das descompensações. Por fim, em 6.7% dos episódios de internamento não foi possível identificar fator desencadeante.
Conclusão: No nosso estudo concluiu-se que os principais fatores descompensadores de insuficiência cardíaca são também as principais causas de mortalidade, sendo responsáveis por 50% dos 10 óbitos verificados. Outro fator não desprezível é o tromboembolismo pulmonar, responsável por 20% dos óbitos. Cerca de 30% do doentes vieram a falecer por insuficiência cardíaca terminal, nomeadamente choque cardiogénico. Conclui-se assim que a identificação da causa subjacente de forma precoce pode influenciar o prognóstico do doente.

P n.º 2758

Pneumocistose nas enfermarias de Medicina de um hospital regional

Catarina Melita(1);Margarida Mourato(1);Leonor Neves(1);Sofia Furtado(1)
(1) Hospital Amadora Sintra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A Pneumocistose pulmonar é uma doença potencialmente fatal, que ocorre em indivíduos imunocomprometidos, mais frequentemente em contexto de infeção VIH com baixa contagem de linfócitos CD4. Outros doentes com risco acrescido são aqueles com história de neoplasia sólida ou hematológica, recetores de transplante, e doentes sob imunossupressão farmacológica ou quimioterapia.

OBJETIVOS
Conhecer a tipologia dos doentes internados com pneumonia a Pneumocystis jirovecii (PPJ) nas enfermarias de Medicina Interna, os fatores de risco associados à doença, a sua abordagem diagnóstica e terapêutica, assim como a evolução no internamento.

MÉTODOS
Foi realizado um estudo retrospetivo dos doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna de um hospital regional, com diagnóstico de Pneumocistose entre 2018 e 2021, inclusive.

RESULTADOS
Dos 14 doentes identificados, nove eram homens (64,3%), com média de idades de 49 anos. A maioria dos doentes era de nacionalidade portuguesa (n=8), sendo os restantes de nacionalidades angolana e guineense de Bissau.
Dos fatores de risco identificados, 12 doentes (85,7%) tinham infeção VIH-1, dos quais 66,7% corresponderam a diagnóstico inaugural e 33,7% com diagnóstico previamente conhecido. A taxa de linfócitos T CD4 + era inferior a 100 céls/mm3. Dos doentes com infeção previamente conhecida, todos se encontravam em abandono terapêutico, incluindo de profilaxia de PPJ.
Quanto aos 2 doentes sem infeção pelo VIH (14,3%), um doente (7,1%) encontrava-se sob imunossupressão farmacológica com corticoides, e outro apresentava síndrome de Cushing.
Nove dos 14 doentes tiveram diagnóstico concomitante de candidose orofaríngea e/ou esofágica, tendo sido a única infeção oportunista identificada.
O tempo de evolução média de sintomas foi de 27,3 dias, sendo os sintomas mais frequentes o cansaço/astenia (n=14), febre (n=12), dispneia e perda ponderal (n=10, cada). Treze doentes apresentaram insuficiência respiratória parcial (92,9%), tendo dois deles necessitado de ventilação mecânica invasiva.
Quanto à comprovação do diagnóstico, apenas 71,4% tiveram confirmação anátomo-patológica – no lavado bronco-alveolar ou secreções brônquicas –, sendo os restantes 4 casos diagnósticos presuntivos, tendo em conta a apresentação clínica, avaliação imagiológica e resposta à terapêutica dirigida.
O cotrimoxazol foi a escolha antimicrobiana primária na maioria dos doentes (n=13), tendo sido um deles medicado inicialmente com atovaquona. 4 doentes (28,6%) necessitaram de alteração da estratégia terapêutica.
Por fim, os internamentos tiveram uma duração média de 24,6 dias, dos quais resultou 1 óbito (7,1%), tendo os restantes melhoria com alta clínica.

CONCLUSÕES

Apesar da maioria dos casos de pneumocistose estar associada a disfunção imunitária por infeção VIH, outros fatores de risco como a corticoterapia devem ser valorizados na suspeita clínica em doentes com sintomas respiratórios sugestivos ou quadro consumptivo, assim como na ponderação de profilaxia de PPJ. O diagnóstico microbiológico definitivo pode ser difícil de obter, sobretudo em centros sem acesso a técnicas de amplificação de ácidos nucleicos.

POSTERS COM APRESENTAÇÃO

INDICE DE POSTERS COM APRESENTAÇÃO

PA n.º 0005 Ascite como apresentação de gastroenterite eosinofílica- relato de caso clínico

PA n.º 0021 CITOLOGIA DO LCR NA ENCEFALITE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL

PA n.º 0046 A dor de cabeça da Febre de Malta

PA n.º 0057 Estágio de Medicina Interna no Internato de Formação Geral – análise retrospetiva

PA n.º 0066 Síndrome de May-Thurner - uma causa anatómica de tromboembolismo venoso

PA n.º 0073 Characteristics of neurological patients in intermediate care units

PA n.º 0075 Hipercalcémia em doentes com lesão renal, valorizar sempre.

PA n.º 0080 Even a low comorbidity burden predicts poor outcome in chronic heart failure

PA n.º 0089 Linfohistiocitose hemofagocítica secundária a Leishmaniose Visceral – um caso raro.

PA n.º 0101 Amnésia transitória associada a zolpidem

PA n.º 0109 Síndrome de Citocinas Inflamatórias associado ao Sarcoma de Kaposi

PA n.º 0113 Trombólise num doente centenário com Acidente Vascular Cerebral: um caso de sucesso terapêutico.

PA n.º 0123 Vasculite sistémica ANCA-MPO com afeção sistémica: um desafio diagnóstico

PA n.º 0138 Edema da face: um sintoma comum de uma patologia incomum

PA n.º 0144 Ventriculite: Uma complicação rara de meningite

PA n.º 0145 As novas tecnologias ao serviço da Medicina – o impacto de um diagnóstico de fibrilhação auricular

PA n.º 0147 Um caso de Pneumonite a Inibidor do Checkpoint Imune

PA n.º 0151 Neurite Óptica associada a Doença de Lyme - relato de um caso clinico

PA n.º 0164 Amiloidose AL – um desafio diagnóstico

PA n.º 0170 Doença renal crónica é sinónimo de mau prognóstico

PA n.º 0190 Neurossífilis: um diagnóstico a considerar

PA n.º 0196 Se endocardite bacteriana não era suficiente, endocardite fúngica.

PA n.º 0202 Leser-Trélat – Um sinal clínico a ter em consideração.

PA n.º 0223 Pneumonia nosocomial em doente jovem imunodeprimido

PA n.º 0228 Onde está o Wally?

PA n.º 0233 Doença associada à IgG4 – um longo caminho rumo ao diagnóstico, um caminho difícil para o tratamento

PA n.º 0236 Aspergilose Pulmonar Crónica – um diagnóstico nem sempre fácil!

PA n.º 0243 Pneumocistose no doente VIH: uma análise entre 2012-2019

PA n.º 0263 Elevação da enzimologia pancreática incidental, e agora?

PA n.º 0268 Quando a tuberculose não vem só

PA n.º 0269 Desafio diagnóstico - Doença de Still no Adulto

PA n.º 0271 Microangiopatia trombótica associada a hipertensão – a propósito de um caso clínico

PA n.º 0283 Cavitação Pulmonar- Quando a culpa não é da tuberculose

PA n.º 0284 Estado de coma: Topo da artéria basilar.

PA n.º 0285 Doença arterial carotídea e vertebral em doentes propostos para cirurgia cardíaca

PA n.º 0293 PRURIDO AQUAGÉNICO – A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM TUMOR DO PÂNCREAS

PA n.º 0295 "SHU e SARS-CoV2 – uma associação rara"

PA n.º 0296 Preditores de doença arterial carotídea e vertebral em doentes submetidos a cirurgia cardíaca

PA n.º 0309 "O SEMPRE DEITADO" - ESTENOSE DA BASILAR E EVENTOS ISQUÉMICOS DE REPETIÇÃO

PA n.º 0311 OS OPORTUNISTAS DA VACINA PARA A COVID-19: UM CASO CLÍNICO

PA n.º 0316 Heart Failure telemonitoring in a pandemic period

PA n.º 0331 Tumefação da parede torácica - apresentação rara de um empiema.

PA n.º 0338 Vegetação intracardíaca multifocal, um caso de Endocardite Infeciosa

PA n.º 0339 Hipotensão ortostática como apresentação de Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio

PA n.º 0341 MACROGLOSSIA, UMA APRESENTAÇÃO TÍPICA DE UM DIAGNÓSTICO POUCO COMUM.

PA n.º 0345 Anti-fibróticos na FPI e COVID-19: sinal de velocidade na história natural da doença?

PA n.º 0353 Caso raro de angioedema associado ao exenatide

PA n.º 0354 Derrame pericárdico como manifestação de infeção por Mycoplasma pneumoniae

PA n.º 0359 Pancreatite aguda alitiásica: uma forma rara de apresentação de Colite

PA n.º 0366 Miopatia com mais de 5 anos de evolução

PA n.º 0371 Arterite de células gigantes – 10 anos de seguimento no Hospital Beatriz Ângelo

PA n.º 0378 Raoultella planticola, uma causa rara e emergente de bacteriúria: Estudo retrospetivo

PA n.º 0379 Ascite e derrame pleural... Mais um?

PA n.º 0381 COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ENTRE DUAS UNIDADES HOSPITALARES

PA n.º 0382 Necrólise epidérmica tóxica: uma iatrogenia potencialmente fatalSíndrome Lyell

PA n.º 0389 Polineurite craniana: uma manifestação rara da infeção por SARS-CoV2

PA n.º 0393 Síndrome de Ativação Macrofágica na Doença de Still – A importância de um diagnóstico atempado

PA n.º 0416 Febre e hipoxémia - o que pensar?

PA n.º 0420 Evaluation of the Short Physical Performance Battery in a Geriatric Outpatient Clinic

PA n.º 0423 Diagnóstico tardio de Paraparesia Espástica Hereditária - Um Caso Desafiante

PA n.º 0426 Hipereosinofilia - um desafio diagnóstico e terapêutico

PA n.º 0433 Múltiplos tumores num doente com doença Von Recklinghausen

PA n.º 0442 RABDOMIÓLISE: COMO O EXERCÍCIO PODE MAGOAR

PA n.º 0444 Arterite de células gigantes: marcha diagnóstica e terapêutica

PA n.º 0446 Amiloidose cardíaca como causa de insuficiência cardíaca

PA n.º 0459 Micobacteriose atípica disseminada - o outro lado da terapêutica biológica

PA n.º 0461 Anemia ferropénica em mulher jovem, uma etiologia pouco comum

PA n.º 0468 Lupus eritematoso sistémico: Um puzzle autoimune

PA n.º 0480 Abordagem de úlceras cutâneas em doentes hospitalizados no Serviço de Medicina Interna

PA n.º 0486 Uma MALA nunca vem só

PA n.º 0489 O homem das 1001 pústulas

PA n.º 0494 Uma manifestação inaugural atípica de Linfoma não Hodgkin

PA n.º 0512 Poliarterite nodosa secundária a infeção por Salmonella

PA n.º 0517 "Afinal não era só insuficiência cardíaca", a propósito de um caso

PA n.º 0542 NURSE LED PATIENT EDUCATION IN A MULTIDISCIPLINARY GERIATRIC OUTPATIENT CLINIC

PA n.º 0544 Encefalite límbica – uma causa rara de alterações cognitivo-comportamentais

PA n.º 0546 Um caso de artrite associada a doença de Lyme

PA n.º 0552 Persistent lactic acidosis in a rare cause of glycogenic hepatopathy: Mauriac Syndrome

PA n.º 0560 Quando pensar em Vasculite ANCA? - A propósito de um caso clínico

PA n.º 0564 Doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica

PA n.º 0571 Polineuropatias Desmielinizantes Inflamatórias Crónicas e VIH numa Unidade Local de Saúde

PA n.º 0573 As estranhas entranhas - uma apresentação atípica de linfoma

PA n.º 0574 Mielograma: uma técnica segura?

PA n.º 0577 Metastização Peritoneal de Carcinoma Lobular da Mama com Células em Anel de Sinete

PA n.º 0578 Tuberculose disseminada no imunocompetente.

PA n.º 0583 Um caso inesperado de linfoma do sistema nervoso central

PA n.º 0587 Síndrome de Erdheim Chester – sintomas comuns com um desfecho inesperado

PA n.º 0597 Uma encefalopatia escondida

PA n.º 0606 Delirium e Mortalidade

PA n.º 0610 Intoxicação por monóxido de carbono: a propósito de um caso clínico

PA n.º 0615 Endocardite infecciosa com multiplas embolizações sistémicas

PA n.º 0620 AVC como manifestação inicial de arterite de células gigantes

PA n.º 0633 Caso raro de Síndrome May Thurner/Cockett em doente com história familiar de eventos trombóticos

PA n.º 0636 ESUS: antiagregação versus hipocoagulação, a propósito de um caso clínico

PA n.º 0643 Caracterização da mortalidade e cuidados em fim de vida numa enfermaria de medicina interna

PA n.º 0647 Endocardite de Libman-Sacks e a Doença Cerebrovascular

PA n.º 0653 Complicações médicas em doentes com AVC submetidos a revascularização precoce (2019 - 2020)

PA n.º 0660 Tinnitus pulsátil, um sinal precoce de acidente vascular cerebral

PA n.º 0663 Produto de ervanária associado a crises convulsivas

PA n.º 0665 Linfoma MALT: O paradigma da inflamação crónica

PA n.º 0673 As etiologias não escolhem idades

PA n.º 0677 Prevalência da fragilidade numa enfermaria de Medicina Interna num hospital periférico

PA n.º 0695 A "endemia" social dos internamentos indevidos em pandemia COVID-19

PA n.º 0700 Um caso de doença celíaca com anticorpos negativos

PA n.º 0702 Vasculite crioglobulinémica: flare por SARS-CoV-2 e complicações da imunossupressão

PA n.º 0704 Historia clínica – um Reinado sem fim à vista

PA n.º 0712 Diagnóstico diferencial da dor lombar – um desafio para o Internista

PA n.º 0719 Mixoma auricular a propósito de um caso de embolização sistémica

PA n.º 0725 When position is key: abordagem de um caso de dispneia paroxística.

PA n.º 0729 Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Sjögren primário: uma associação rara.

PA n.º 0736 Dor lombar - um diagnóstico que não foi a primeira bola a sair do saco

PA n.º 0754 PNEUMOCISTOSE E CIRROSE HEPÁTICA: QUAL A LIGAÇÃO?

PA n.º 0755 Síndrome de May-Thurner - um caso clínico

PA n.º 0758 Um caso de espondilodiscite por Streptococo mitis/oralis

PA n.º 0761 Carcinomatose ou tuberculose peritoneal - um desafio

PA n.º 0764 A cólica renal não é só litíase

PA n.º 0768 Hipertensão secundária a feocromocitoma

PA n.º 0769 AVC no jovem, um desafio diagnóstico e terapêutico!

PA n.º 0770 Utilização de antimicrobianos no internamento de Medicina Interna

PA n.º 0776 Antibioterapia empírica no serviço de urgência. O caso da Infeção do Trato Urinário

PA n.º 0798 Linfadenite do tipo Piringer-Kuchinka - uma manifestação atípica de infeção a citomegalovírus

PA n.º 0800 Enfarte medular como complicação de embolização arterial brônquica

PA n.º 0801 Tuberculose dissimulada: quando nem tudo o que parece é

PA n.º 0803 Pneumocistose em doente com artrite reumatóide sob rituximab

PA n.º 0805 Eritema multiforme – um caso de co-infecção

PA n.º 0809 AVC no jovem com Síndrome Antifosfolipídica associado a Foramen Ovale Patente

PA n.º 0810 Quando sintomas frequentes são de causa rara

PA n.º 0811 Quando a Hemoglobina Glicada não é suficiente…

PA n.º 0816 Paraganglioma retroperitoneal: um caso de hipertensão secundária.

PA n.º 0821 Artropatia rapidamente progressiva - manifestação paraneoplásica de tumor neuroendócrino do pulmão

PA n.º 0822 Carcinoma hepatocelular em idade jovem: Um caso após correcção de Fontan

PA n.º 0824 AVC hemorrágico em doentes anticoagulados: análise retrospectiva

PA n.º 0833 Um caso de poliarterite nodosa

PA n.º 0836 Um oportunista a não esquecer

PA n.º 0854 Diabetes Insípida Nefrogénica – um diagnóstico a considerar na hipernatrémia

PA n.º 0873 Hepatite autoimune seronegativa (uma entidade pouco comum)

PA n.º 0876 Endocardite trombótica não bacteriana na recidiva do carcinoma urotelial

PA n.º 0878 Síndrome hipereosinofílica idiopática: um diagnóstico de exclusão

PA n.º 0891 Insuficiência Cardíaca no doente idoso: terapêutica, efeitos adversos e eficácia

PA n.º 0901 Síndrome de Sézary e Leishmaniose visceral: duas raridades juntas

PA n.º 0909 SARS-CoV-2 e Pericardite Constritiva, uma entidade rara: A propósito de um caso clínico

PA n.º 0944 Colangiocarcinoma e Tromboembolismo venoso: a propósito de dois casos clínicos

PA n.º 0950 Diabetes Mellitus – quando a hipoglicemia é a personagem principal

PA n.º 0953 Recidiva de BCGite disseminada

PA n.º 0954 Abcesso intra-abdominal na doença inflamatória intestinal: um desafio etiológico.

PA n.º 0956 Ascite mixedematosa – apresentação infrequente de hipotiroidismo

PA n.º 0983 PDW – um marcador de prognóstico em doentes com insuficiência cardíaca crónica

PA n.º 0985 Doença granulomatosa do SNC na imunodeficiência comum variável – uma apresentação rara

PA n.º 0987 TRAJECTO INTRAMIOCÁRDICO E ACIDENTE DE ISQUÉMIA TRANSITÓRIA - "A CULPA" É DO VASOESPASMO?

PA n.º 0997 AVC EM CONTEXTO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – CASO CLÍNICO

PA n.º 0999 CRISE CONVULSIVA COMO INTERCORRÊNCIA ASSOCIADA AO TRATAMENTO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

PA n.º 1000 Leptospirose - do campo para a cidade

PA n.º 1004 Caso de linfoma não Hodgkin com eventual componente hereditário e manifestação paraneoplásica rara

PA n.º 1009 TUBERCULOSE DISSEMINADA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

PA n.º 1011 Esofagite eosinofílica: a propósito de um caso clínico

PA n.º 1017 Elegibilidade para a estratégia COMPASS na consulta externa de Medicina Interna

PA n.º 1019 Neuropatia aguda no tratamento de cetoacidose diabética

PA n.º 1022 Dispneia na grávida – não esquecer iatrogenia

PA n.º 1026 Glomeruloesclerose segmentar e focal com glomérulos isquémicos como manifestação de SAF

PA n.º 1042 Impacto do Factor VIII na gravidez

PA n.º 1061 SÍNDROME DE TROUSSEAU - CRÓNICA DE UMA NEOPLASIA ANUNCIADA

PA n.º 1075 Hepatite autoimune (um diagnóstico 5 anos depois)

PA n.º 1094 Hipercalcémia no serviço de urgência de Medicina Interna

PA n.º 1099 Introdução de iSGLT2 em doentes hospitalizados por insuficiência cardíaca aguda

PA n.º 1100 Doença aguda em população selecionada: causas de recorrência a cuidados de saúde numa missão militar

PA n.º 1101 Quando um abcesso hepático esconde algo mais

PA n.º 1119 Paralisia flácida aguda por hipercalemia multifactorial

PA n.º 1120 AVC de origem cardioembólica – uma etiologia rara

PA n.º 1125 Tuberculose disseminada em doente sob terapêutica biológica

PA n.º 1129 Granulomatose com Poliangeíte, a propósito de um caso clínico

PA n.º 1136 Infeção por C. difficile em doente com colite ulcerosa: a propósito de um caso clínico.

PA n.º 1140 Como não é Linfoma!? – A propósito de um caso de Doença de Kikuchi-Fujimoto

PA n.º 1145 UM DIAGNÓSTICO RARO E CAUSA IMPROVÁVEL DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

PA n.º 1184 Uma rara complicação da sinusite

PA n.º 1191 Mieloma múltiplo não secretor: entidade a considerar no diagnóstico diferencial de lesões líticas

PA n.º 1206 Quisto Hidático: um diagnóstico diferencial importante nas lesões nodulares hepáticas

PA n.º 1207 ADENOPATIAS PERIFÉRICAS ISOLADAS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

PA n.º 1211 Quando o diagnóstico depende da histologia

PA n.º 1218 Co-infecção por Pneumocystis jirovecii em doente HIV negativo com tuberculose pulmonar

PA n.º 1230 Delirium induzido por carbapemos: um caso clínico

PA n.º 1231 Inibidores da bomba de protões em enfermaria de Medicina Interna: implementação de protocolo

PA n.º 1232 Delirium induzido por carbapenemos: uma revisão sistemática.

PA n.º 1237 Status pós-Covid: Comparação da população internada após Covid-19 na 3ª e 5ª vaga da pandemia

PA n.º 1247 Arterite de Takayasu - 2 diferentes apresentações

PA n.º 1254 Quando o raro não é o culpado

PA n.º 1259 O segredo da supra-renal

PA n.º 1279 Sarcoidose com afeção pericárdica: o desafio diagnóstico e terapêutico de uma apresentação rara

PA n.º 1281 Síncope como apresentação de uma doença linfoproliferativa

PA n.º 1282 Glândula tiroideia e cérebro: um caso de encefalite de Hashimoto

PA n.º 1312 Insuficiência supra-renal como apresentação de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

PA n.º 1314 Infeção sars-cov2: causa de Anemia Hemolítica Auto-Imune

PA n.º 1317 Uma associação rara numa doença rara

PA n.º 1325 Malária Grave – a importância de um diagnóstico e tratamento precoce

PA n.º 1343 Tuberculose gastrointestinal - um diagnóstico difícil

PA n.º 1349 Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva: um diagnóstico diferencial de AVC

PA n.º 1350 Nem tudo o que luz é ouro: vendo para além da COVID-19

PA n.º 1358 Adesão ao regime terapêutico nos doentes crónicos complexos

PA n.º 1376 Neurolúpus: Uma Doença De Mil Faces

PA n.º 1382 Linfoma de MALT – um diagnóstico incomum com forma de apresentação peculiar

PA n.º 1384 Derrame pleural: da identificação à causa

PA n.º 1386 Mesenterite esclerosante: um diagnóstico benigno ou maligno?

PA n.º 1387 COVID-19: causa ou fator de descoberta precoce de tuberculose disseminada?

PA n.º 1415 Tamponamento cardíaco, uma primeira manifestação

PA n.º 1422 A propósito de reações adversas tardias

PA n.º 1425 A propósito de um caso de Síndrome de Weil

PA n.º 1429 Associação entre febre Q e Ac antifosfolípidos -olhar atento a um caso febre de origem indeterminada

PA n.º 1452 Um síndrome hemolítico urémico verdadeiramente atípico

PA n.º 1460 Artrite Reactiva: Um caso de monoartrite no doente jovem

PA n.º 1470 Doença de Creutzfeldt-Jakob

PA n.º 1475 ARTRITE GONOCÓCICA – UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DA INFEÇÃO GONOCÓCICA DISSEMINADA

PA n.º 1478 "Cuidado, aqui há gato!"

PA n.º 1480 AVC isquémico de repetição em doente com Poliartrite Nodosa

PA n.º 1493 Pneumonia grave em tempo de COVID-19: o raro ainda existe.

PA n.º 1496 Otimizar a terapêutica na Insuficiência Cardíaca. A hipercaliémia ainda é uma limitação?

PA n.º 1498 Hemofilia A adquirida – Uma entidade rara

PA n.º 1510 ABCESSO EPIDURAL ESPINHAL: COMPLICAÇÃO RARA, PORÉM POTENCIALMENTE MORTAL

PA n.º 1511 Atingimento pulmonar em infeção por C. albicans disseminada

PA n.º 1515 Patirómero no tratamento da hipercaliemia em doentes com Insuficiência Cardíaca com FEVE reduzida

PA n.º 1517 O que dizem os teus olhos - início de marcha diagnóstica de Miastenia Gravis em doente sedado

PA n.º 1539 Trombocitopenia imune como manifestação inicial de um lúpus eritematoso sistémico

PA n.º 1540 Pielonefrite enfisematosa — Impacto da diabetes melitus no que seria uma infecção trival

PA n.º 1550 Poliartralgias prolongadas – uma manifestação comum na Doença de Whipple

PA n.º 1551 TROMBOCOVIDOSE - Um caso de Covid-19 e Tuberculose, complicado por Tromboembolismo pulmonar

PA n.º 1552 O fim da linha no comboio da Insuficiência Cardíaca - Reflexão sobre um caso

PA n.º 1558 Duas dores semelhantes, dois tumores diferentes

PA n.º 1559 Apresentação atípica de uma patologia tão conhecida

PA n.º 1563 Prevalência de úlceras de pressão num internamento de Medicina

PA n.º 1567 Uma embolia raramente vem só: a importância da investigação etiológica

PA n.º 1571 Paralisia periódica hipocalémica

PA n.º 1578 Complicações da hipocoagulação em doentes internados

PA n.º 1580 Criptococose disseminada

PA n.º 1590 Tocilizumab no tratamento da Arterite de Células Gigantes de apresentação atípica-2 casos de sucesso

PA n.º 1594 Mesmo na escuridão há sempre uma solução

PA n.º 1604 Do inespecífico ao específico

PA n.º 1605 COLITE A CITOMEGALOVÍRUS NO IMUNOCOMPETENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PA n.º 1631 Um caso raro de lesões cavitadas: Granulomatose com Poliangeíte

PA n.º 1650 Adaptações Fisiológicas no Coração do Desportista: Até que ponto serão benéficas?

PA n.º 1658 Emergência hipertensiva – o contributo da obesidade

PA n.º 1671 Ter uma neoplasia antes de a ver - um síndrome paraneoplásico raro

PA n.º 1672 Paniculite mesentérica como forma de apresentação de doença celíaca

PA n.º 1674 Púrpura de Henoch-Schönlein na idade adulta

PA n.º 1675 INFEÇÃO DA PRÓTESE DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL: UM CASO RARO DE SÍNDROME FEBRIL

PA n.º 1695 Atentar aos sinais inespecíficos de endocardite subaguda

PA n.º 1697 Quem é quem? - Uma apresentação subtil de neoplasia mestastizada

PA n.º 1702 Doença Pneumocócica Invasiva

PA n.º 1715 Ascite de Causa Não Esperada – A Propósito de um Caso Clínico

PA n.º 1718 Embolia paradoxal "a dobrar"

PA n.º 1737 Q febre é esta?

PA n.º 1755 Pancreatite Aguda por Hipertrigliceridémia

PA n.º 1757 Consultadoria de Medicina Interna em Internamento: um tema a explorar

PA n.º 1759 Trombose venosa cerebral: apresentação de um caso raro

PA n.º 1774 Uma Via-Verde AVC na enfermaria de Gastrenterologia...

PA n.º 1777 Carcinoma Hepatocelular – uma visão global dos últimos 5 anos na Consulta de Hepatologia

PA n.º 1787 Esclerose múltipla e Hepatite autoimune – associação e consequência

PA n.º 1789 Brugada: nem sempre o que parece é

PA n.º 1792 Má rotação vasos intestinais: apresentação no adulto

PA n.º 1797 Doença Invasiva Pneumocócica - três formas diferentes de apresentação.

PA n.º 1799 Do linfoma à anemia – a propósito de um caso clínico

PA n.º 1809 LRA e incumprimento terapêutico: a propósito de um caso de Sarcoidose

PA n.º 1812 Disautonomia no Síndrome Látero-Medular - desafio diagnóstico

PA n.º 1813 Lombalgia refratária em jovem - uma etiologia incomum

PA n.º 1818 Angioedema orofacial após trombólise: a propósito de um caso clínico de AVC

PA n.º 1823 Mesotelioma Pleural com Evolução Rapidamente Fatal

PA n.º 1834 Hiperuricemia associa-se a maior mortalidade em doentes não diabéticos com Insuficiência Cardíaca.

PA n.º 1856 Síndrome de Lise Tumoral: uma manifestação primária com um diagnóstico diferencial desafiante

PA n.º 1862 MIELOMA MÚLTIPLO E LINFOMA NÃO-HODGKIN CONCOMITANTES: DESCRIÇÃO DE CASO

PA n.º 1864 Disfunção endócrina: causa rara

PA n.º 1871 Incidence and prognostic relevance of early onset fever after acute myocardial infarction

PA n.º 1872 Aneurisma micótico da aorta a Staphylococcus aureus – um caso raro de febre de origem indeterminada

PA n.º 1898 Leucoaraiose numa mulher em idade jovem – Desafio diagnóstico e avaliação sistematizada

PA n.º 1902 Colite por Citomegalovírus e Doença Inflamatória Intestinal: A Propósito de um Caso Clínico

PA n.º 1908 O valor da anamnese perante um falso negativo – a propósito de um caso de leptospirose grave

PA n.º 1915 QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM: UMA FORMA ATÍPICA DE RECIDIVA

PA n.º 1920 When less is more

PA n.º 1931 UMA PISTA FELINA

PA n.º 1941 Reconciliação terapêutica no internamento de Medicina Interna

PA n.º 1944 Síndrome de Heyde - um diagnóstico a considerar

PA n.º 1948 Introdução ARNI e o prognóstico na Insuficiência Cardíaca

PA n.º 1949 Granulomatose com poliangeíte versus poliangeíte microscópica: um caso clínico

PA n.º 1952 Variação da Onda de Pulso após introdução ARNI

PA n.º 1956 ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: UM CASO DE HIPERCOGULABILIDADE CATASTRÓFICA

PA n.º 1958 Tuberculose - a realidade de uma década no serviço de medicina de um hospital periférico

PA n.º 1964 Síndrome hemofagocítica: um diagnóstico a considerar no adulto

PA n.º 1965 Eritema multiforme major por HSV-1

PA n.º 1970 MIELOPATIA NUTRICIONAL: O ESCORBUTO COMO PISTA DIAGNÓSTICA

PA n.º 1973 Uma apresentação rara de Febre Q

PA n.º 1976 Síndrome de Gradenigo como forma de apresentação de trombose sética do seio lateral

PA n.º 1981 Da amigdalite à agranulocitose: a propósito de um caso

PA n.º 1986 Um caso de Fenocópia de Brugada por lesão cerebral

PA n.º 1992 DURAÇÃO DO INTERNAMENTO E MORTALIDADE POR COVID-19, ENTRE AS 1ª E 5ª VAGAS, CONSOANTE COMORBILIDADES

PA n.º 1993 Miopatia necrotizante imuno-mediada como Síndrome Paraneoplásica

PA n.º 1998 Diagnóstico diferencial incomum de omalgia

PA n.º 1999 O IMPACTO DO SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR NO DOENTE IDOSO

PA n.º 2000 Um caso de hiponatrémia persistente após Acidente Vascular Cerebral

PA n.º 2001 Pneumonite grave por agentes oportunistas em doente imunocompetente (ou talvez não)

PA n.º 2013 Artrite Séptica e terapêutica imunossupressora- a nova era

PA n.º 2020 Arterite de Células Gigantes: Uma causa incomum de AVC

PA n.º 2021 Polineuropatia inflamatória aguda como manifestação inicial de COVID-19

PA n.º 2035 Osteogénese Imperfeita um caso de longevidade

PA n.º 2039 Neoplasias primárias multiplas- um risco dos doentes oncológicos

PA n.º 2050 Hipertensão e volémia: valorização da ecoscopia no internamento

PA n.º 2051 Cefaleia e AVC em doente com vasculopatia por herpes zoster: uma causa rara

PA n.º 2053 Tíbola - nem todas as carraças são iguais

PA n.º 2054 Anemia no doente jovem – um caso clínico de anemia perniciosa

PA n.º 2067 Anemia e Metformina: Qual o impacto do terapêutica diabético nos níveis séricos de Vitamina B12

PA n.º 2070 Isolamentos respiratórios de Candida spp. - casuística numa unidade de cuidados intensivos

PA n.º 2079 Endometriose torácica - uma causa rara de derrame pleural

PA n.º 2081 Agranulocitose ao metamizol: Um caso clínico de "carência" neutrófilos

PA n.º 2093 Bartonella sem história de arranhadela - um caso clínico

PA n.º 2109 Uso de dispositivos médicos em doentes internados num serviço de Medicina Interna

PA n.º 2118 Alteração do estado de consciência, um desafio diagnóstico

PA n.º 2122 Síndrome antifosfolipídeo: a catástrofe

PA n.º 2123 Caracterização de um semestre de internamentos por Insuficiência Cardíaca num Serviço de Medicina

PA n.º 2134 Um diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva

PA n.º 2136 Fibroelastomase pleuroparenquimatosa, a raridade: um caso clínico

PA n.º 2151 "Undecided Wellens" – a pattern to remember

PA n.º 2176 ENDOCARDITE DE LÖFFLER - UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA

PA n.º 2184 Esclerose Múltipla após Infecção a SARS-CoV-2

PA n.º 2188 Nutritional evaluation of patients with SARS COV infection in the Geriatric Outpatient Clinic

PA n.º 2200 Insuficiência respiratória, quando a causa é neurológica

PA n.º 2213 Tromboembolismo venoso no doente oncológico num ano de pandemia

PA n.º 2216 Associação entre evento trombotics e infeção a SARS-COV-2 numa consulta de doenças tromboembólicas

PA n.º 2229 Glioblastoma multiforme em doente com infecção VIH

PA n.º 2231 Quando o hipotiroidismo e carcinoma gástrico se encontram: Dificilmente uma coincidência.

PA n.º 2232 Um caso de apresentação atípica de primoinfeção por VIH

PA n.º 2233 Uma demência rapidamente progressiva?

PA n.º 2234 Um mal nunca vem só - COVID-19 e eventos trombóticos

PA n.º 2264 Análise de risco cardiovascular no internamento de Medicina Interna

PA n.º 2267 Pneumonite a Amiodarona: a propósito de um caso clínico

PA n.º 2272 As cicatrizes de um cancro

PA n.º 2293 UMA CAUSA RARA DE ASCITE EM MULHER JOVEM

PA n.º 2299 PTI induzida por EBV: a propósito de um caso clínico

PA n.º 2300 Neutropenia febril em doente com Síndrome de Chediak-Higashi

PA n.º 2315 SÍNDROME AHA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO RARO

PA n.º 2328 Tamponamento como manifestação de SIADH e neoplasia, uma trilogia a valorizar

PA n.º 2331 Sd Lofgren Uma apresentação extrapulmonar de Sarcoidose

PA n.º 2334 Por Exclusão de Partes: O Desafio Diagnóstico da Vasculite Primária do SNC

PA n.º 2335 TROMBOCITOPENIA IMUNE E VACINAÇÃO ANTI-COVID-19

PA n.º 2344 PORFIRIA CUTÂNEA TARDA, ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

PA n.º 2350 Um TEP, uma trombose esplénica, e uma trombofilia hereditária com um genótipo incomum

PA n.º 2371 Leucemia linfocítica granular de células T: diagnóstico pouco frequente

PA n.º 2379 Endocardite indeterminada - um mistério por resolver ou a explicação mais simples?

PA n.º 2384 Púrpura trombocitopénica imune secundária a Beta-IFN em doente com esclerose múltipla

PA n.º 2405 Apresentação atípica de adenocarcinoma do pulmão.

PA n.º 2408 Apenas diagnosticamos o que conhecemos – uma apresentação atípica de tuberculose multiorgânica

PA n.º 2409 MALT extranodal– um caso de envolvimento ocular primário

PA n.º 2422 Febre Q

PA n.º 2427 Por de trás de um cansaço: Arterite de Células Gigantes

PA n.º 2429 Um dia sonhei um sonho – análise do primeiro ano de internamento da Unidade de Cuidados Paliativos

PA n.º 2431 Mal de Pott- um caso atípico

PA n.º 2432 Doença de Marchiafava-Bignami (DMB): Uma complicação rara do abuso do álcool

PA n.º 2442 Hipofisite Secundária à Imunoterapia: Uma Entidade Clínica Subdiagnosticada no Doente Oncológico

PA n.º 2448 Anemia hemolítica microangiopática e Klebsiella pneumoniae: uma associação rara

PA n.º 2461 Gut Microbiome Modulation and Alcoholic Liver Disease - a Systematic Review

PA n.º 2462 Lei de Murphy e abcesso do psoas: "se algo pode correr mal, vai correr (mesmo) mal"

PA n.º 2473 Super-Hiperferritinémia - uma revisão dos últimos 10 anos

PA n.º 2478 Laringomalácia num adulto – entidade rara com causas ainda mais raras

PA n.º 2487 Case Report: Atresia Brônquica em doente com infeções respiratórias de repetição

PA n.º 2492 Síndrome Pós-Covid em atleta

PA n.º 2499 Síndrome Pulmão-Rim com anticorpos negativos: um caso raro.

PA n.º 2504 Pneumopericárdio assintomático num doente com carcinoma espinocelular do esófago

PA n.º 2505 Amiloidose cardíaca numa consulta de Medicina Interna.

PA n.º 2510 Hipertensão mascarada – particularidades de um subgrupo de doentes de consulta

PA n.º 2513 Aggregatibacter Aphrophilus, uma causa rara de meningoencefalite

PA n.º 2524 Referenciação aos cuidados paliativos numa enfermaria de Medicina Interna

PA n.º 2532 Insuficiência supra-renal crónica – a propósito de um caso clínico

PA n.º 2533 Alterações da consciência e défices motores oscilantes – que diagnóstico?

PA n.º 2549 Idade e gravidade de infeção por SARS-CoV2 em duas populações temporalmente distintas

PA n.º 2563 Síndroma de May Thurner

PA n.º 2573 Miopericardite associada a vacina mRNA Covid-19 - novos desafios de uma nova doença

PA n.º 2576 Doença dos Legionários num hospital distrital

PA n.º 2583 Síndrome de Guillain-Barré como forma de apresentação de infeção HIV

PA n.º 2584 Disautonomia por hipotensão ortostática, mais uma manifestação da infeção por SARS-CoV-2

PA n.º 2586 Feocromocitoma – a importância do diagnóstico diferencial de hipertensão arterial

PA n.º 2592 Um caso complex(o)

PA n.º 2601 BAV completo – exploração de um efeito de intoxicação por lítio

PA n.º 2610 Doença de Von Recklinghausen (Neurofibromatose Tipo I) com tumor estromal gastrointestinal (GIST)

PA n.º 2614 Sarcoidose Cardíaca: Case Report

PA n.º 2644 A importância do bloqueio de nervo periférico em Cuidados Paliativos

PA n.º 2651 Febre – sintoma ou efeito secundário?

PA n.º 2654 Artrite de Células Gigantes: suspeitar; diagnosticar.

PA n.º 2655 Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível: uma causa incomum de dissecção da ACS

PA n.º 2659 Um caso atípico de Síndrome de Miller Fisher

PA n.º 2665 Eritema induratum - para lá da Tuberculose

PA n.º 2674 AVC no jovem – Um caso de displasia fibromuscular

PA n.º 2675 Paralisia de Bell como apresentação de pré-eclampsia em gestante

PA n.º 2679 Mieloma múltiplo com forma rara de apresentação: a propósito de um caso clínico

PA n.º 2688 Crise miasténica despoletada por COVID19

PA n.º 2695 Tuberculose disseminada, mas dissimulada: uma pesquisa perseverante

PA n.º 2704 Síndrome de Dejerine – um tipo raro de acidente vascular cerebral

PA n.º 2707 Romboencefalite por Listeria

PA n.º 2709 Sindrome de Widal - unindo os pontos para o diagnóstico

PA n.º 2710 Quando um Mixoma Auricular é uma boa notícia

PA n.º 2726 Complicações Oculares do Síndrome de DRESS

PA n.º 2730 Retrato de 3 anos de Hospitalização Domiciliária

PA n.º 2731 Pneumonia – mais do que uma mera infeção

PA n.º 2739 Miopericardite como manifestação inaugural de VHC?

PA n.º 2751 Casuística da patologia infeciosa de uma Unidade de Hospitalização Domiciliaria

PA n.º 2764 A importância do isolamento: tuberculose pleural

PA n.º 2776 Encefalopatia de Wernicke de causa iatrogénica

PA n.º 2777 Síndrome de Hiperviscosidade secundário a Macroglobulinemia de Waldenström

PA n.º 2783 Casuística do primeiro ano de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária

PA n.º 2790 Incertezas e Garantias - Um mapa de satisfação do Médico Internista

PA n.º 2793 Análise de experiência inaugural de Stenting renal num hospital distrital

PA n.º 2805 Linfoma B difuso de grandes células - uma apresentação rara

PA n.º 2815 Uma etiologia rara de lesões no couro cabeludo

PA n.º 2817 Síndrome de Evans a dois tempos

PA n.º 2828 ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA MASCARADA POR PNEUMONIA INTERSTICIAL

PA n.º 2840 Osteomielite hematogéna- um caso de febre sem foco

PA n.º 2849 Anemia Hemolítica Autoimune (AIHA) após vacinação contra a COVID-19

PA n.º 2852 Sacubitril-valsartan na insuficiência cardíaca com fracção de ejecção reduzida – estudo prospectivo

PA n.º 2853 Colangite biliar primária associada a ileite distal - A propósito de um caso clínico

PA n.º 2863 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO CORPO VERTEBRAL

PA n.º 0005

Ascite como apresentação de gastroenterite eosinofílica- relato de caso clínico

Fgomes(1);Mariana Almeida(1);Marco Morrica(1);Bruno Bonito(1);Joana Cartucho(1);Joaquim Felisberto(1);Rodrigo Rufino(1);Daniela Rodrigues(1);Ruth Feio(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Gastroenterite eosinofílica (GE) é uma doença rara, etiologia desconhecida, clínica heterogénea, caraterizada pela infiltração maciça de eosinófilos (Eos) na parede do trato digestivo desde o esófago até ao reto. A sintomatologia varia consoante o local e profundidade da infiltração, desde sintomas gastrointestinais comuns até doença oclusiva intestinal.
Caso clínico: Homem 60 anos, autónomo. História de hábitos tabágicos etanólicos marcados, sem medicação de ambulatório. Negava história de alergia conhecida. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal no epigástrio e no hipocôndrio direito, distensão abdominal e diarreia recorrente há cerca de 6 meses de evolução. Objetivamente emagrecido, abdómen com ascite sem tensão, mole depressível e doloroso a palpação no epigástrio e hipocôndrio direito sem sinais de irritação peritoneal. Murphy vesical negativo. Edema dos membros inferiores com godet +. Analises com leucocitose 21000 dos quais 65% eram eosinófilos. Doente internado para investigação. Do estudo realizado destaca-se: Perfil alergico IgE total > 2000 e teste RAST + para alergia á ovo. Serologias para DII, víricas e estudo parasitológico das fezes foram negativos. Função tiroideia, Vit. B12 e electroforese das proteínas normais. Imunoglobulina A, G e M normais. TAC toraco-abdomino-pelvico revelou derrame pleural bilateral moderado a direita, sem infiltrados pulmonares, ascite moderada, distensão intestinal algo difuso inespecifico sem obstrução. Medulograma com alterações sugestivas de doença inflamatória crónica. Imunofenotipagem da medula óssea normal. Biópsia óssea normal. EcocardiogramaTT normal. Endoscopia digestiva (ED) alta com biópsia revelou gastrite atrófica crónica. Perante a suspeita de GE, efetuou ED baixa com biópsias aleitórias que revelaram infiltrados inflamatórios intenso no corion a custa de eosinofilos. Assumiu-se GE com provável alergia a ovo, foi instituido dieta de evicção e prednisolona 1mg/kg/dia, verificou-se melhoria clinico-laboratorial.
Conclusão: Alertamos para uma doença relativamente rara, sendo necessário alto grau de suspeição para o seu diagnóstico. O caso em questão o diagnóstico foi comprovado pela documentação da eosinofilía tecidular, sendo diarreia, dor abdominal e ascíte compatíveis com GE variante serosa.

PA n.º 0021

CITOLOGIA DO LCR NA ENCEFALITE POR VÍRUS DO NILO OCIDENTAL

Carlos Jarava Luque(1);Marcos Guzmán García(1);María Osorio Marruecos(1)
(1) Hospital Universitario de Puerto Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A infecção pelo vírus do Nilo Ocidental (WNV) está se tornando mais frequente em nosso meio. Houve flutuações nos surtos e sua incidência em humanos foi quase anedótica, apresentando um aumento significativo nos últimos anos.
O surto descrito em 2020 foi associado a um aumento exponencial nos casos relatados de doença neuroinvasiva WNV na última década.
Muitos fatores concorrem em nosso ambiente para que haja a possibilidade de introdução e expansão do WNV, dentre os quais encontramos a presença de áreas úmidas, populações de mosquitos competentes e aves migratórias e nativas que atuam como reservatórios do vírus.
OBJETIVOS
Estudar as características citológicas do líquido cefalorraquidiano obtido por punção lombar diagnóstica de pacientes diagnosticados com Encefalite pelo Vírus do Nilo Ocidental (WNV) na área de saúde assistida pelo Hospital Universitário de Puerto Real (Cádiz) no período de 1º de agosto a 31 de outubro de 2020.
MATERIAL E MÉTODOS
Um estudo observacional retrospectivo de não intervenção é realizado com base nos dados obtidos pelos Prontuários Médicos Digitais avaliados no Hospital Universitário de Puerto Real. Procedeu-se à gestão da informação extraída de uma base de dados com diagnóstico serológico confirmado de infecção por WNV por detecção de IgM/IgG ELISA no soro e/ou LCR e com envolvimento compatível com critérios clínicos e/ou radiográficos de encefalite associada. Dados citológicos laboratoriais de amostras de líquido cefalorraquidiano de pacientes com diagnóstico confirmado de encefalite WNV são analisados.
RESULTADOS
Foram internados 11 pacientes entre os períodos de agosto a outubro de 2020, sendo 5 mulheres (45,5%) e 6 homens (54,5%). 3 deles tiveram desfecho fatal (27,2%). A média de idade foi de 69,6 anos.
Todos os pacientes (100%) realizaram PL com análise citológica como parte dos exames diagnósticos iniciais, sendo um deles traumático (9,09%).
A PL foi realizada entre os dias +1 de sintomas e +16, sendo a média de dias com sintomas em que a LP foi realizada +5,54 dias e a mediana +4 dias.
O fluido foi descrito como claro em 10 dos casos. A contagem média de leucócitos foi de 23,66/µL. O percentual médio de PMN foi de 36,55%. A porcentagem média de células mononucleares foi de 63,44%. A contagem média de eritrócitos foi de 1034,88/µL. Proteína média 134,8 mg/dL.
CONCLUSÕES
A análise citológica do LCR em nossa coorte de pacientes com acometimento do sistema nervoso central pelo WNV mostrou resultados condizentes com o esperado pela literatura: um líquido claro, com alto teor proteico, mas <150 mg/dL, com pleocitose moderada < 500 células/microL com predominância de linfócitos (predominância neutrófila sendo descrita na infecção inicial).
Um quadro clínico compatível, juntamente com exames complementares sugestivos de meningoencefalite (LCR claro, predominantemente linfócitos) em ambiente epidemiológico suscetível onde a infecção pelo WNV está se tornando cada vez mais

presente, deve nos fazer suspeitar dessa patologia, que tende a se apresentar na forma de brotos entre as épocas da primavera ao outono.

PA n.º 0046

A dor de cabeça da Febre de Malta

Dra. Sandra Lucas(1);Inês Dunões(1);Filipe Pencas Alfaiate(1);Ireneia Lino(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Brucelose é doença multisistémica, situando-se entre as três zoonoses com maior incidência em Portugal. A neurobrucelose apresenta uma incidência de 0,5-25%, podendo apresentar-se como meningite, encefalite, mielite, abcesso cerebral e raramente, sob a forma de acidente vascular cerebral (AVC).
Homem de 37 anos, autónomo, tratador de gado bovino. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia de início súbito tipo picada a que se associava dormência no braço e perna esquerda, negava febre, artralgias e sudorese noturna. Previamente saudável. No exame neurológico destacava-se: lentificação mnésica, nomeava corretamente 2/5 e hemianópsia homónima esquerda. Analiticamente sem alterações de relevo. A TC de crânio documentou AVC isquémico em território da artéria cerebral posterior direita corticossubcortical occipital, temporal mesial e área hipodensa talâmica direita e ainda lacuna isquémica talâmica anterior esquerda. O doente foi internado na unidade de AVC.
No internamento realizou RMN de crânio que confirma lesões isquémicas recentes em território vértebrobasilar. Na angioRM, não se identificaram imagens de oclusão vascular ou que indiciem presença de trombo endoluminal, em particular no topo da artéria basilar, mas constatou-se assimetria de sinal de fluxo dos ramos occipitais mediais das artérias cerebrais posteriores, menos evidente à esquerda. Realizou ainda ecocardiograma transtorácico, ecodopppler dos vasos do pescoço e ecodoppler transcraniano que não mostraram alterações significativas. Analiticamente com serologia positiva para Rickettsia conorri (IgM e IgG) e Brucella IgM; a punção lombar demostrou liquor límpido e incolor com aumento das proteínas (124mg/dL), 6 células de predomínio mononuclear, sem aumento da glicose (60,0 mg/dL) e positividade para DNA de Brucella por PCR. Realizou terapêutica com ceftriaxone, rifampicina e doxiciclina durante 6 semanas, mantendo posteriormente rifampicina, doxiciclina e trimetroprim/sulfametoxazol durante 6 meses.
É raro a neurobrucelose manifestar-se como AVC isquémico, mas quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode causar comorbilidades ainda mais graves. Na literatura são considerados vários mecanismos para o AVC, como a vasculite de pequenos vasos e eventos vasculares secundários à inflamação pela brucela.

PA n.º 0057

Estágio de Medicina Interna no Internato de Formação Geral – análise retrospetiva

Diogo Duarte Dias(1);Filipe Alfaiate(1);Sandra Lucas(1);Andreia Bernardino(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Outro

INTRODUÇÃO: O internato de formação geral (IFG) é constituído por um estágio de quatro meses de Medicina Interna. Este é um pilar na formação dos internos enquanto médicos independentemente do percurso que sigam. Neste sentido é primordial fornecer a melhor formação possível nesta fase.
OBJETIVO: Avaliação do estágio de Medicina Interna do IFG por parte dos internos para identificar aspetos a melhorar.
MATERIAL E MÉTODOS: Foi enviado um inquérito anónimo *online* a todos os internos de formação geral que completaram o estágio de Medicina entre 2020 e 2021, num hospital distrital. Dos 48 inquiridos, obtiveram-se 24 (50%) de respostas. O inquérito era constituído por 21 questões.
RESULTADOS: No que respeita a abordagem inicial do estágio, 19 (80%) dos internos foram apresentados ao serviço e aos seus funcionários. No entanto, os objetivos do estágio não foram transmitidos em 15 (62%) dos casos. Quanto à evolução na prática clínica, 19 (79%) acharam-se mais autónomos no fim do estágio, sendo que 13 (54%) estariam confiantes para observar doentes de forma autónoma enquanto clínicos gerais. Na esfera pessoal, 14 (58%) foram sempre apoiados pela sua equipa se incomodados com alguma tarefa, 16 (67%) sentiram-se apoiados e valorizados emocionalmente, a maioria 15 (62%) estavam totalmente integrada na equipa e 22 (92%) conseguiram esclarecer dúvidas ou ter apoio na observação de doentes quando solicitado. Academicamente, a frequência de momentos pedagógicos foi baixa, 13 (54%) classificaram-na apenas suficiente ou pouco frequentes. A maioria, 19 (79%) também não realizou qualquer sessão clínica. Contudo, 19 (79%) consideram elevada a aquisição de conhecimentos no estágio de Medicina. Relativamente à carga de trabalho, 6 (25%) dos inquiridos classificaram-na como elevada. A maioria, 19 (74%), não considerou que lhe fosse atribuída tarefas acima das suas competências. Finalmente, em 10 (41%) casos não foi transmitido como decorria o seu desempenho. Para 16 internos (66%) não foi questionada a sua opinião de como melhorar o estágio. A média da avaliação dada pelos internos foi de 16,2/20.
CONCLUSÕES: Analisando os resultados constata-se que houve uma boa integração dos internos de formação geral nas equipas e no serviço, tendo sido apoiados quando necessário. Regista-se um sentimento positivo de aquisição de conhecimento e crescimento quanto à prática clínica. Por outro lado, questões elementares como apresentação dos objetivos e do serviço ainda não sistemáticas. Realça-se também uma ausência de reflexão sobre o ponto de situação dos estágios e a falta de momentos pedagógicos. Parte destes estágios foi realizado em contexto de pandemia COVID-19, o que provavelmente teve influência nos resultados. Os autores realizaram propostas no sentido de colmatar as falhas encontradas e propõem-se a fazer nova análise nos anos seguintes.

PA n.º 0066

Síndrome de May-Thurner - uma causa anatómica de tromboembolismo venoso

Mariana Lopes Matos(1);Rita Gouveia(1);Sérgio Madureira(1);Marta Patacho(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A síndrome de May-Thurner é uma doença anatómica em que existe compressão venosa externa pelo sistema arterial no território venoso ilíaco-cavo, levando a obstrução do fluxo venoso. O tratamento do tromboembolismo venoso (TEV) associado inclui anticoagulação e eventualmente tratamento trombolítico, angioplastia e colocação de stent.
Caso Clínico: Doente sexo feminino, 19 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com anticoncecional oral como única medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor lombar, febre e dispneia. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e foi internada para estudo. Por manter febre e apresentar taquicardia sinusal recorrente, realizou TC toraco-abdomino-pélvico que mostrou sinais de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, trombose da veia ilíaca comum e externa à esquerda e trombose venosa profunda (TVP) extensa do membro inferior esquerdo. Foi iniciada anticoagulação com enoxaparina 1mg/Kg/dose. Durante o internamento, apresentou agravamento inicial do edema no membro inferior esquerdo com dor associada, embora com boa cedência a analgesia. O caso foi discutido com equipa de Cirurgia Vascular com realização de ecodoppler a confirmar TVP ilio-femoro-poplitea e discussão das imagens de TC que eram compatíveis com síndrome de May-Thurner. Pelo tempo de evolução da clínica decidido tratamento conservador com anticoagulação com apixabano 5mg 2x/dia e deambulação com meia de compressão elástica, tendo sido a doente encaminhada para consulta externa de Medicina Interna e Cirurgia Vascular. A salientar a exclusão de outras causas de tromboembolismo venoso (TEV), como patologia autoimune ou alterações genéticas.
Discussão: Este caso pretende lembrar uma causa pouco divulgada de TEV e a importância de discussões e decisões multidisciplinares, para uma melhor integração de todos os dados de um doente.

PA n.º 0073

Characteristics of neurological patients in intermediate care units

Juliana Chen-Xu(1);Carolina Lopes(2);Vítor Tedim Cruz(2);Luísa Guerreiro(2)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introduction:
The intermediate care units usually receive patients with severe pathologies that do not need intensive care at that moment but are very critical to be managed in general wards. They may also be used as a linkage for gradual reduction of care complexity, between intensive care and general wards.
The severity of the acute neurologic disease might require aptitudes that are provided by intermediate care units, that are able to rapidly detect and act upon complications such as those in post-reperfusion therapy (thrombolysis, thrombectomy or stent implantation), on high risk of hemodynamic instability and when facing pathologies with high rate of morbidity and mortality.
Therefore, it is necessary to understand how much of the neurologic pathologies are in need of level II hospital care and what are their main characteristics.
It is also important to evaluate their course during intermediate care, regarding complications and organ support.

Objectives:
Characterization of neurological patients admitted in intermediate care of a peripheric hospital in northern Portugal.

Material and Methods:
We analysed data from the Neurology department database, of patients admitted in intermediate care between 01/01/2019 to 31/12/2020. We obtained 316 patients.

Results:
Our sample was characterized by 43.4% women, average of 66.6±15.8 years-old, 3.2±2.8 days for intermediate care (men stayed longer than women, p value 0.018), and 19.3±19.8 days for total hospitalization. Most were hypertensive (213; 67.4%), dyslipidemic (195; 61.7%), obese (111; 35.1%), and (ex-)smoker (106; 33.5%; men>women with p<0.001).
On admission, they presented mRankin 0 and, at discharge, 3, and women had a higher level of dependency than men (p value= 0.017).
Half did not need any support while in intermediate care and those that needed, were mainly respiratory, especially men (p=0.023).
Most of our patients were admitted due to acute ischemic stroke (158; 50%), haemorrhagic stroke (50; 15.8%) and epileptic seizures (32; 10.1%). The NIHSS classification was improved at discharge (p<0.001). Most ischemic strokes were cardioembolic (33%), 29% of undetermined etiology and 25% were due to large artery disease. The majority had the middle cerebral artery involved and 21% the vertebrobasilar artery and its branches. Half were not submitted to reperfusion therapy.
Twenty percent of the patients had an uneventful intermediate care stay, whilst 628 complications were reported (174; 27.7%).

Conclusions:

Most neurological patients in intermediate care were older than 65 years, had at least one comorbidity and some degree of dependency. Most did not need organ support but had complications, and more than half were strokes with partial recovery at discharge. Only few had an uneventful stay, demonstrating that intermediate-level care is crucial for neurological patients with high morbidity/mortality risk pathologies, which require constant vigilance under medical staff with appropriate training to rapidly act upon complications and hemodynamic instability.

PA n.º 0075

Hipercalcémia em doentes com lesão renal, valorizar sempre.

Joana Formiga Viegas(1);Ana Graça Bernardino(1);João Pedro Araujo(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

INTRODUÇÃO: A alteração da função renal cursa com hipocalcémia, consequência da perda de capacidade dos túbulos renais para reabsorver cálcio. Assim, quando com lesão renal e hipercalcémia (HCa), mesmo que borderline, esta deve ser valorizada. Isto porque pode ser consequência de doença tratável, podendo também ser a causa da disfunção renal. Apresentamos alguns casos disso exemplificativos.
CASOS CLÍNICOS: Caso 1. Homem, 68 anos, sem antecedentes de relevo. Quatro meses antes iniciou cansaço e toracalgia. Na altura com lesão renal aguda (LRA), com U 38mg/dL e Cr 1.3mg/dL, agravando esta e motivando internamento (U 78mg/dL, Cr 4.5mg/dL; K+ 4.3mmol/L). Tinha Hb 11.5gr/dL (VGM 101fL), cálcio 10.5mg/dL (8.6-10.2), fósforo 5.7mg/dL (2.5-4.5), eletroforese de proteínas com hipogamaglobulinémia com banda em gama, U-II com proteínas 150mg/dL e proteinúria/24h 7324mg. A paratormona (PTH) era de 11.5pg/mL (14-77) e a vitamina D (Vit.D) normal. Admitiu-se mieloma múltiplo, posteriormente confirmado (a cadeias leves λ). Caso 2. Mulher, 83 anos, com vários fatores de risco cardiovascular e EAM prévio. Internada por anemia grave (Hb 6.1gr/dL) por angiectasias do delgado. Tinha LRA (U 110mg/dL, Cr 1.37mg/dL, K 4.2mmol/L), cálcio de 12.4mg/dL e fósforo normal. A PTH estava aumentada (210ng/mL) e a Vit.D diminuída (14ng/mL). A calciúria era normal. Ponderado hiperparatiroidismo (HPT) 1rio, fez cintigrafia paratiroideia, que foi normal. Assumiu-se HPT 2ria a hipovitaminose D. Corrigido este défice, contudo, manteve HCa e HPT. A calciúria passou a diminuída, com ratio cálcio urinário / clearance de creatinina de 0.008. Admitiu-se hipercalcémia hipocalciúrica familiar, confirmado por estudo genético. Caso 3. Mulher, 48 anos, com neoplasia do cólon diagnosticada 2 meses antes. Internada por HCa crítica (15.2mg/dL), tendo fósforo 2.4mg/dL, U 111mg/dL, Cr 1.21mg/dL, K 4.2mmol/L, fosfatase alcalina (FA) 1304U/L, restantes provas hepáticas normais e FA óssea >120ug/L (5-24). Não se confirmou metastização óssea. A PTH era de 2979ng/mL. Admitido HPT 1rio, confirmada por cintigrafia.
DISCUSSÃO: A HCa associada a lesão renal, mesmo que ligeira, deve ser investigada, podendo indiciar a existência de outra patologia. Havendo fatores exógenos e endógenos que influenciam a calcémia, a investigação da HCa é por vezes desafiadora.

PA n.º 0080

Even a low comorbidity burden predicts poor outcome in chronic heart failure

Catarina Elias(1);Ana Neves(1);Rita Gouveia(1);Sérgio Madureira(1);Pedro Soares(1);Marta Soares-Carreira(1);Joana Pereira(1);Patrícia Lourenço(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction: Patients with heart failure (HF) often bear multiple comorbidities (CMB), cardiovascular and non-cardiovascular. Their presence might hinder proper treatment and associates with accelerated disease progression and ominous outcomes. Part of the loss in life expectancy in HF patients is due to CMB. The number of CMB beyond which prognosis worsens significantly is yet poorly defined.
Purpose: To evaluate the impact of additive CMB in HF prognosis.
Methods: We retrospectively analysed patients with HF with systolic dysfunction evaluated in a specialized HF clinic of a tertiary care hospital between January 2012 and May 2018. Patients were followed up to January 2021. The endpoint under analysis was all-cause death. Nine CMB considered in the analysis: coronary artery disease, non-coronary atherosclerotic disease (defined as peripheral artery disease or cerebrovascular disease), respiratory disease (chronic obstructive pulmonary disease or obstructive sleep apnea), dementia, anemia, chronic kidney disease (defined as GFR <60 mL/min using MDRD equation), inflammatory/autoimmune disease, active cancer and atrial fibrillation. Risk factors were not considered as CMB. Number of CMB was the sum of all possible CMB. Patients were classified in 2 groups <2 CMB or ≥2 CMB. The prognostic impact of CMB burden was assessed using a Cox-regression analysis. A multivariate model was built accounting for age, gender, disease modifying therapy (DMT) and the presence of hypertension and diabetes.
Results: We studied 853 patients, 66.4% male, mean age 70. Most patients (46.0%) had severe systolic dysfunction. Almost 60% of the patients had history of arterial hypertension and 37.6% were diabetic. They were medicated with DMT according to evidence at the time. Most patients had ≥2 comorbidities (67.9%), 21.7% presented one CMB and 10.4% had none. No patient had over 6 CMB. During a median follow-up of 49 months, 419 (49.1%) patients died. Mortality increased steadily with increasing CMB number: 25.8% in patients with no CMB, and 33.5% in those with one and 75.4% in those with ≥4 CMB. HF patients with only 1 CMB showed no survival disadvantage when compared to those with none - HR: 1.03 (95% CI: 0.63-1.67). However, patients with ≥2 CMB presented a multivariate adjusted significantly higher long-term mortality with a HR of dying during the upcoming 49 months of 1.82 (95% CI: 1.43-2.33), p<0.001.
Conclusion: We report that even a low CMB number can significantly impact outcome. Chronic HF patients with just 2 additional CMB have an 82% higher risk of dying than those with lower CMB burden. Our results suggest that CMB should be sought to refine risk stratification and ensure an adequate and global management.

PA n.º 0089

Linfohistiocitose hemofagocítica secundária a Leishmaniose Visceral – um caso raro.

JOANA FILIPA AZEVEDO SAMPAIO DIZ SUBTIL(1);Rui Carvalho(2);Mariana Moreira Azevedo(2);Renata Silva(2);Fernando Guimarães(2);Fernando Salvador(2)
(1) Sem Indicação (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A linfohistiocitose hemofagocítica (LHF) é uma entidade clínica rara, caracterizada por febre, sintomas constitucionais e hepato-esplenomegalia associada à presença de hemofagocitose a nível da medula óssea e outros órgãos. A Leishmaniose visceral (LV) é uma antropozoonose grave, endémica em Portugal, em particular na região do Alto Douro.
Caso Clínico:
Doente do sexo feminino, 21 anos, diagnóstico recente de infeção VIH, estadio C3, no contexto de Pneumonia grave por Pneumocystis jirovecii, com linfócitos CD4+ 50/mm3. Cumpriu antibioterapia com cotrimoxazol e iniciou terapêutica antirretrovírica (TARV) com TDF/FTC + DTG. Uma semana após início da TARV, apresentou-se com febre, rash eritematoso nos membros superiores e tronco, colúria e icterícia. Recorreu ao serviço de urgência, apresentando-se febril, taquicárdica mas hemodinamicamente estável, analiticamente com anemia (Hb10), leucopenia (2300), trombocitopenia (65 000) e ligeira citocolestase (AST 80; ALT 104; GGT 238; FA 236; LDH 591; Bilirrubina total 2,6). Assumida Hepatite tóxica e toxicidade hematológica secundária à TARV e cotrimoxazol, suspendeu ambas as terapêuticas e alterou profilaxia para atovaquona. Durante o internamento com manutenção de febre, exames culturais negativos, cumpriu antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam sem melhoria do quadro. Apresentou agravamento da pancitopenia (Hb 8.3; Leuc. 850/uL; Plaq. 29.000/uL). Esfregaço de sangue periférico mostrava ligeira poiquilocitose; leucócitos sem alterações morfológicas; ferritina 32573 ng/mL e triglicerídeos 658 mg/dL. Apresentando múltiplos critérios de linfohistiocitose hemofagocítica, realizou medulograma que demonstrou amastigotes de Leishmania e aspetos de hemofagocitose. Diagnosticada com LHF secundária a LV, cumpriu terapêutica com anfotericina B lipossómica. Reiniciou TARV com TAF/FTC+DOR/COBI. Reavaliada em consulta 2 meses após, apresentando-se assintomática, analiticamente com normalização das linhagens celulares (Hb 12.2g/dL; Leucócitos 4420/uL; Plaquetas 155 000/uL), ferritina 93ng/mL, CD4+ 583 (22%).
Discussão:
Dada a raridade desta entidade, o seu diagnóstico e tratamento podem constituir verdadeiros desafios na prática clínica. O diagnóstico precoce diminui a sua morbimortalidade.

PA n.º 0101
Amnésia transitória associada a zolpidem
José Damasceno e Costa(1);Paulo Pereira(1);Cristiana Honrado Martins(1);Vânia Gomes(1);Guilherme Castro Gomes(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Outro

Introdução: A amnésia global transitória (AGT) e a amnésia iatrogénica estão entre as principais causas de amnésia transitória. A AGT propriamente dita é um episódio súbito, benigno e idiopático de perda de memória, com predileção pela memória anterógrada e geralmente autolimitado (duração inferior a 24 horas). No entanto, os casos de etiologia farmacológica podem ter um comportamento semelhante.
Caso clínico: Homem de 57 anos, internado por doença renal crónica agudizada em contexto de desidratação por suboclusão intestinal e intensificação recente de terapêutica diurética. Iniciou terapêutica com zolpidem durante o internamento por queixas de insónia. Cerca de 1 hora após a primeira toma do fármaco apresenta episódio súbito de amnésia anterógrada e de desorientação, sem depressão da consciência, perda da noção de identidade ou défices neurológicos focais associados. Do estudo realizado, imagem cerebral sem alterações agudas e EcoDoppler dos vasos do
pescoço sem ateromatose carotídea severa com potencial para causar o episódio. Assumida amnésia iatrogénica associada à toma de zolpidem, tendo sido suspenso o fármaco e verificando-se resolução completa dos sintomas em menos de 24 horas.
Discussão: A AGT é um diagnóstico clínico e de exclusão, havendo quadros semelhantes induzidos por fármacos, em particular as benzodiazepinas e os anticolinérgicos. Há, no entanto, casos descritos de amnésia transitória induzida pelo zolpidem. Este caso, em particular, alerta para a atenção a ter com os indutores de sono, cuja utilização tem vindo a aumentar, sobretudo na população idosa.

PA n.º 0109

Síndrome de Citocinas Inflamatórias associado ao Sarcoma de Kaposi

Ana sá(1);Ana Andrade Oliveira(1);Teresa Mendes(2);Cristina Marques(3);Pedro Ribeirinho Soares(4);Diana Ferrão(4);Joana Pereira(4);Fernando Friões(4);Filipa Ceia(4);Ana Faceira(4)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (3) Hospital Santa Maria Maior (4) Hospital S. Joao

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Síndrome de Citocinas Inflamatórias associado ao Sarcoma de Kaposi (KICS) é uma entidade rara, descrita recentemente, que afeta indivíduos VIH+ com Sarcoma de Kaposi (SK) que estão infetados pelo herpesvirus-8 (HHV8). Clinicamente, mimetiza uma sépsis com disfunção multiorgânica, embora os antibióticos não tenham qualquer papel no tratamento. A mortalidade desta síndrome é muito elevada, pelo que é essencial um diagnóstico precoce e atempado.
Caso Clínico: Homem de 72 anos, antecedentes de infecção VIH2, suprimido e com >500 CD4 medicado com 3TC/DTG, SK com atingimento mucocutâneo extenso não controlado com doxorrubicina lipossómica, anemia ferropénica sob suplementação oral. Internado por anemia agravada e astenia. Estudo endoscópico sem alterações de relevo, TC-TAP com adenopatias supraclaviculares bilaterais e esplenomegalia ligeira. Serologias HHV8 positivas, com restantes negativas. Hemoculturas negativas, ETT sem vegetações. Durante o internamento, aparecimento de febre, agravamento progressivo do estado geral com lesão renal aguda, anemia refractária, trombocitopenia, elevação da LDH, ferritina, triglicerídeos, PCR e procalcitonina. Esfregaço de sangue periférico sem esquizócitos, Coombs inconclusiva. Cumpriu múltiplos esquemas de antibioterapia de largo espectro, sem isolamento de agente ou foco infecioso. Evolução clínica para disfunção cardiovascular, neurológica e respiratória, tendo iniciado corticoterapia e rituximab na suspeita de KICS, vindo a falecer.
Discussão: A disfunção multiorgânica em doentes VIH+, pela suspeita de sépsis, requere uma extensiva pesquisa microbiológica e administração precoce de antibioterapia de largo espectro. Quando não confirmada, é crucial equacionar outros diagnósticos diferenciais, tais como KICS. A replicação vírica intensa do HHV8 em doentes com SK pode causar ativação inflamatória massiva, sendo necessária terapêutica imunomoduladora. O rituximab e etoposídeo parecem ser úteis no tratamento.

PA n.º 0113

Trombólise num doente centenário com Acidente Vascular Cerebral: um caso de sucesso terapêutico.

Viviana Martins(1);Raquel Oliveira(1);Maria José Grade(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A incidência de Acidente Vascular Cerebral aumenta exponencialmente com a idade. Estima-se que 1/3 dos casos ocorram em doentes com ≥80 anos, associando-se a uma elevada morbimortalidade. No entanto, até recentemente a utilização de trombólise estava contraindicada nestes doentes.
Caso: Doente do sexo feminino com 100 anos, previamente independente nas atividades de vida diárias, hipertensa, medicada com perindopril.
Admitida no Serviço de Urgência (SU) por quadro súbito com início pelas 00h30 caracterizado por alteração do estado de consciência, desvio oculocefálico preferencial para a direita e perda de força no hemicorpo esquerdo, obtendo 17 pontos na escala da National Institutes of Health Stroke (NIHSS). Admitida às 2h14 no SU, apresentando-se hipertensa (tensão arterial 160/90 mmHg), com Glasgow 12 (O3V4M5) e normoglicémica. Analiticamente sem alterações major. Realizou Tomografia Computorizada Crânio Encefálica (TC-CE) e Angiografia TC-CE e cervical que não revelaram sinais de hemorragia de novo, trombose endoluminal total ou estenoses com repercussão hemodinâmica. Fez trombólise com alteplase, sem intercorrências. Em reavaliação com notória melhoria neurológica, com paresia facial central esquerda, hemiparésia esquerda discreta de predomínio crural e disartria ligeira (NIHSS 6 pontos). Repetiu TC-CE às 24 horas, identificando-se lesão isquémica de novo talamo-capsular direita, admitindo-se enfarte lacunar. Iniciou terapêutica de prevenção secundária com ácido acetilsalicílico e estatina, tendo sido transferida para a enfermaria de Medicina Interna onde manteve reabilitação motora global, com alta sem intercorrências.
O caso descrito retrata a realidade atual da possibilidade de trombólise, uma terapêutica segura e eficaz mesmo em doentes idosos centenários. A sua utilização não deverá ser esquecida e deve ser ponderada individualmente, assumindo especial relevância em idosos previamente autónomos, em quem a perda de função é particularmente indesejada.

PA n.º 0123

Vasculite sistémica ANCA-MPO com afeção sistémica: um desafio diagnóstico

Mariana Nápoles(1);Rita Calixto(2);Catarina p. Marques(2);Ana Carina Baldino(1);Patrícia Serpa Soares(1);Quintino Biague(2)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A vasculite é um processo inflamatório imunomediado dos vasos sanguíneos, cujas lesões causadas dependem do tamanho do vaso afetado e do órgão ou órgãos atingidos. As vasculites são doenças raras e numa fase inicial da apresentação clínica podem apresentar-se como verdadeiros desafios diagnósticos.
Mulher de 49 anos, com antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica tabágica, tromboflebite e neuropatia sensitiva periférica. Recorreu ao serviço de urgência por febre, diminuição da acuidade visual do olho direito, epigastralgia, dor na fossa ilíaca esquerda com agravamento após as refeições nos últimos 2 dias. Referiu também anorexia com perda ponderal de 12kg em 3 meses e episódios de amaurose fugaz nas 3 semanas anteriores. À admissão: febril (38,5ºC), sem perceção luminosa no olho direito e dor à compressão e descompressão dos quadrantes inferiores do abdómen. No estudo analítico apresentava anemia normocitica normocrómica (Hb 10.8g/dL), leucocitose neutrofilica (22620/L), eosinofilia absoluta (8000/uL) e PCR de 22mg/dL. Em observação por oftalmologia confirmou-se oclusão da artéria central da retina à direita com exsudado algodonoso associado e atingimento à esquerda com diminuição da acuidade visual. A doente foi internada para estudo apresentando moderada proteinúria (400mg/24h), 60% de eritrócitos dismórficos no sedimento urinário, hipotiroidismo compatível com tiroidite de Hashimoto, ANA'S positivos; ANCA-MPO positivo (7,5), AC anti-lúpico fracamente positivo. A RM-CE apresentava alterações inespecíficas de natureza microangiopática. Foi excluída isquemia mesentérica e patologia cardioembólica. Diagnosticou-se vasculite sistémica ANCA-MPO com envolvimento de órgão nobre (retina), tendo iniciado pulsos de metilprednisolona (1g/dia durante 4 dias) seguido de prednisolona 1mg/kg/dia, com melhoria das queixas constitucionais e melhoria subjetiva da acuidade visual. A doente recuperou na totalidade a acuidade visual do olho esquerdo, 3/10 do olho direito. Analiticamente resolveu a eosinofilia.
As vasculites são entidades clínicas heterogénas cujo atraso no diagnóstico e no tratamento tem impacto no prognóstico. Podendo deixar sequelas, como perda da funcionalidade de órgãos, é uma situação clínica que deve ser considerada.

PA n.º 0138

Edema da face: um sintoma comum de uma patologia incomum

Dra. Catarina Silva Araújo(1);Rui m. Domingues(1);Ana Isabel Machado(1);Sílvia Raquel Santos(1);Carolina Maia Nogueira(1);Maria João Vilela(1);Filipa Daniela Silva(1);Cristina Cruz da Ângela(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
O síndrome da veia cava superior (SVCS), ainda que surja com clínica típica, apresenta muitas vezes evolução lenta e que pode ser confundida com outras patologias mais frequentes e menos graves - como o angioedema. Apresenta-se o caso de uma doente jovem com múltiplas idas ao serviço de urgência (SU) e a quem esta patologia foi diagnosticada cerca de um mês após a primeira observação médica. Ainda que diagnosticado tardiamente pode apresentar prognóstico favorável.
Caso Clínico:
Mulher de 31 anos, autónoma. Sem antecedentes patológicos de relevo. Apresentava sensação de opressão torácica com 3 meses de evolução e, no último mês, edema cervical e da face. Recorreu por isto múltiplas vezes ao SU: alta sempre com medicação sintomática para provável angioedema. Cerca de um mês após a primeira vinda ao SU volta por dispneia para médios esforços e disfagia para sólidos. Apresentava edema e rubor da face e região cervical, com turgescência venosa jugular a 45º. Realizada tomografia torácica, a revelar adenopatias submandibulares, espinhais acessórias e jugulodigástricas bilateralmente; volumosa massa de contornos irregulares no mediastino anterior, envolvendo as estruturas vasculares arteriais e venosas, com oclusão completa da veia cava superior, troncos venosos braquiocefálicos, segmentos distais das veias jugulares internas e porção proximal das veias subclávias (bilateralmente).
Foi internada com diagnóstico de SVCS, medicada com Dexametasona e Enoxaparina terapêutica, apresentando melhoria clínica ao longo do internamento. Foi realizada biópsia da massa mediastínica que revelou linfoma primário do mediastino. Teve alta orientada para consulta de Hemato-oncologia, tendo cumprido quimioterapia, com boa resposta clínica e analítica.
Conclusão:
O SVCS pode ser causado por qualquer obstrução da veia cava superior, sendo as causas mais comuns a obstrução maligna (invasão direta por tumor) e a compressão extrínseca (por redução do fluxo). O linfoma primário do mediastino é um subtipo de linfoma raro, mas que frequentemente se associa a SVCS (habitualmente por compressão extrínseca devido à sua localização). Perante clínica sugestiva, este diagnóstico deve ser ponderado precocemente, para diagnóstico e tratamento precoces. O prognóstico deste tipo de linfoma é habitualmente favorável.

PA n.º 0144

Ventriculite: Uma complicação rara de meningite

Miguel Rodrigues Monteiro(1);Marta Machado(1);Mário Ferreira(1);João Tiago Serra(1);Miguel Achega(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A ventriculite é uma doença rara e potencialmente fatal que consiste na inflamação do epêndima dos ventrículos cerebrais. A etiologia infecciosa é a mais frequente, podendo estar associada à presença de shunts ou dispositivos intraventriculares. O Streptococcus é o microrganismo mais comum associado a ventriculite piogénica.
Caso clínico: Homem de 66 anos, diabético e hipertenso, recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia, fotofobia, náuseas, vómitos, desequilíbrio na marcha e febre. Evolui com prostração, desvio oculo-cefálico direito, presença de rigidez da nuca e de sinal de Brudzinski. Analiticamente a destacar leucocitose (18.3x109/L) com neutrofilia (16.7x109/L) e PCR de 21.4 mg/dL. A punção lombar revelou líquido cefalorraquidiano (LCR) turvo, incontáveis células com predomínio de polimorfonucleares, proteinorráquia de 2244 mg/dL e glicorráquia de 132 mg/dL (glicémia de 665 mg/dL). Iniciou tratamento com Dexametasona, Ceftriaxone e Ampicilina. A pesquisa de ácidos nucleicos de Streptococcus pneumoniae no LCR e nas hemoculturas foi positiva. A TC de crânio revelou dilatação do sistema ventricular supratentorial e material hiperdenso no seu interior com nível hidroaéreo e pus, achados compatíveis com ventriculite. Foi identificada sinusite etmoidal bilateral e maxilar direita, admitindo-se como possível foco infeccioso primário. Foi submetido a neuroendoscopia ventricular, septostomia e derivação ventricular externa, verificando-se melhoria clínica e analítica.
Discussão: Este caso reflete a importância do reconhecimento da ventriculite, uma vez que o diagnóstico é essencial para um tratamento eficaz, necessariamente mais prolongado que na meningite não complicada. Neste caso, a diabetes mellitus foi o único fator de risco identificado para a ocorrência de ventriculite. O seguimento a longo prazo é importante, uma vez que os ventrículos e os plexos coroideus podem servir de reservatório, aumentando o risco de recorrência da infeção.

PA n.º 0145

As novas tecnologias ao serviço da Medicina – o impacto de um diagnóstico de fibrilhação auricular

Luís Neto Fernandes(1);Gonçalo Carneiro(1);Sara s. Santos(1);Sofia Osório de Castro(1);Samuel Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
O aumento do número de dispositivos direct-to-consumer disponíveis com capacidade de aquisição de traçados electrocardiográficos é uma realidade incontornável. A sua utilidade para a saúde das populações está ainda por estabelecer.

Caso clínico
Doente de 58 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial e acidente vascular cerebral lacunar direito em 2020, com estudo etiológico inconclusivo, estando monoantiagregado com clopidogrel. Realizou ecocardiograma, prova de esforço e vários Holter de 24h, sem alterações de relevo. No entanto, apresentava recorrentemente queixas de palpitações, sem nunca se ter conseguido documentar disritmias nesses momentos. Decidiu adquirir um smartwatch com capacidade de captação de traçado electrocardiográfico. Após cerca de 4 meses de utilização, recebeu um alerta de “pulso arrítmico” no seu smartphone, pelo que decidiu dirigir-se ao serviço de urgência. O doente estava completamente assintomático. À admissão no SU, apresentava-se hemodinamicamente estável, com uma FC de 95 bpm. A palpação da artéria radial revelava um pulso arrítmico. Da auscultação cardíaca, S1 e S2 arrítmicos, sem sopros. Foi pedido ao doente o traçado gerado pelo smartwatch, que demonstrava ausência de ondas P e complexos de QRS irregulares. Foi realizado ECG de 12 derivações, confirmando-se o diagnóstico de fibrilhação auricular. O doente teve alta com indicação de início de hipocoagulação com apixabano e bisoprolol para controlo de frequência, em dose baixa, por bradicardia sinusal prévia. Ainda assim, não tolerou, pelo que foi proposto em consulta de Cardiologia para realização cardioversão elétrica e posterior ablação, efectuada com sucesso.

Discussão
Lidar com este potencial de nova informação será um desafio para a Medicina. No caso específico deste doente, revestiu-se de um enorme benefício, nomeadamente na prevenção da ocorrência de novos acidentes vasculares cerebrais e outras consequências da ausência de diagnóstico.

PA n.º 0147

Um caso de Pneumonite a Inibidor do Checkpoint Imune

Filipa Ribeiro Verdasca(1);Ivánia Furtado(1);Rita Ribeiro(1);João Oliveira(1);Miguel Pinheiro(1);Inês Guerreiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

A imunoterapia com inibidores do checkpoint imune(ICI) é terapêutica de eleição para um número crescente de neoplasias, estando o nivolumab aprovado para o tratamento de carcinoma de células renais avançado. As toxicidades podem estar relacionadas com *immune-related adverse events*(irAEs).Qualquer órgão ou tecido pode estar envolvido, raramente o parênquima pulmonar.
Doente do sexo masculino, 69 anos, seguido em consulta de oncologia médica por Carcinoma de Células Renais, submetido a nefrectomia radical direita e, por metastização pulmonar e hepática, realizou sunitinib em 1ª linha. Por progressão radiológica do envolvimento hepático, iniciou nivolumab em 2ª linha. Observado em consulta por dispneia de esforço de agravamento progressivo com 2 semanas de evolução e cansaço fácil. Imagiologicamente com múltiplos focos de condensação com densidade em vidro despolido em todos os lobos pulmonares, com predomínio periférico e nas bases, algumas associadas a espessamento intersticial com padrão em *crazy paving* e outras com distorção arquitetural, associadas diminutas bronquiectasias de tração com aspeto de pneumonia *like* em relação com fenómenos de fibrose recente, alterações passíveis de serem compatíveis com pneumonia por COVID-19 (CO-RADS 4).Excluída infeção por SARS-COV2, foi internado, admitindo pneumonite induzida por nivolumab, começou corticoterapia com metilprednisolona 80mg com desmame progressivo. Teve alta clínica com prednisolona 40mg, após evolução favorável. A pneumonite é um irAE raro potencialmente grave. Os doentes manifestam-se frequentemente com dispneia e tosse, mas podem ser assintomáticos.A suspeita deve ser confirmada por Tomografia Computorizada, de forma a excluir outras causas e avaliar a sua extensão. Não há achados patognomónicos, embora haja padrões mais sugestivos: Pneumonia Organizativa, Pneumonia Intersticial inespecífica, Pneumonia de Hipersensibilidade, Pneumonia Aguda intersticial/ARDS.Nos casos moderados a graves de grau 3 a 4, o doente deve ser hospitalizado, o tratamento deve consistir em altas doses de corticoides e a imunoterapia descontinuada permanentemente.
Cada vez mais doentes serão tratados com ICI. Toxicidades fatais podem ocorrer, pelo que o reconhecimento e tratamento imediatos são fulcrais.

PA n.º 0151

Neurite Óptica associada a Doença de Lyme - relato de um caso clinico

Ana Clara Reis(1);Cátia Gorgulho(1);Carolina Cardoso(1);Joana Ribeiro(1);Lara Adelino(1);Ana Massano(1);David Ferreira(1);Isabel Martins(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Hospital Distrital de Abrantes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A doença de Lyme é uma zoonose multissistémica causada pela espiroqueta Borrelia burgdorferi, um dos mais frequentes microorganismos associados à picada da carraça. Este agente microbiológico pode causar uma disfunção multiorgância, acometendo frequentemente as articulações, pele, coração e em menor frequência o sistema nervoso central. De facto, o atingimento ocular nesta doença, principalmente na forma isolada de neurite ótpica é extremamente raro.
Caso Clínico:
Homem de 27 anos de idade, previamente saudável, foi picado por uma carraça na face posterior da coxa. Posteriormente, constatada lesão de 'tache noir' no local da mordedura com eritema local, associado a mialgias e febre vespertina. Foi observado no Serviço de Urgência (SU), tendo sido confirmado o diagnóstico de Febre escaro-nodular. Cumpriu 7dias de ciprofloxacina, com resolução da sintomatologia.
Passados 5 meses, iniciou quadro de diminuição da acuidade visual no hemicampo superior do olho esquerdo, alteração súbita. Sem outra sintomatologia neurológica ou clínica associada. No SU, foi observado pela Oftalmologia, que realizou fundoscopia e tomografia de coerência óptica (OCT), sem lesões oculare. É posteriormente transferido para o cuidado da Medicina Interna, com apoio da Neurologia. À observação, exame neurológicos apenas com campimetria visual alterada, com défice de visão no hemicampo superior do olho esquerdo, sem outros défices neurológicos objetiváveis, nomeadamente paresia dos movimentos oculares.
Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética, ambas sem alterações. Do estudo analítico alargado apenas apresentou positividade para IgM do anticorpo antiBorrelia burgdorferi, quer no sangue, quer no líquor cafalorraquidiano (LCR).
Assumida neurite óptica em contexto de neuroborreliose, tendo cumprido 21 dias de Ceftriaxone em dose meníngea, com melhoria clínica e negativação dos anticorpos no LCR.
Conslusão:
De facto, a doença de Lyme é uma das causas raras de neurite óptica, carecendo de um elevado grau de suspeição para um diagnóstico atempado e tratamento adequado.

PA n.º 0164

Amiloidose AL – um desafio diagnóstico

Teresa Abegão(1);Fábio Caleça Emidio(1);Karolina Aguiar(1);Carlos Cabrita(1);Joana Almeida Tavares(2);Ana Lopes(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A amiloidose AL é uma patologia subdiagnosticada, com uma prevalência estimada de cerca de 1-9/100.000. Resulta de uma proliferação de um plasmócito clonal produtor de cadeias leves, com deposição multiorgânica de proteína amiloide.
Tem apresentação clínica variável, de acordo com os órgãos envolvidos. É imperativo um alto nível de suspeição e diagnóstico precoce para iniciar tratamento antes de existir lesão irreversível. O tratamento passa por quimioterapia, e em alguns casos transplante autólogo de medula.
Caso Clínico: Mulher de 70 anos, seguida em consulta de reumatologia por suspeita de artrite reumatoide seronegativa. Internada por vómitos alimentares pós-prandiais com 2 meses de evolução, associados a perda ponderal de 20kg, hipotensão ortostática e parestesias em luva das mãos. Objectivaram-se lesões cutâneas tipo penfigoide bolhoso, pápulas serosas, eritema petequial, racoon eyes, sarcopénia e distensão abdominal marcada sem onda ascítica.
A tomografia axial computorizada abdomino-pélvica revelou acentuada distensão gástrica e colónica. Ecocardiograma com hipertrofia ventricular concêntrica severa com fracção de ejecção do ventrículo esquerdo preservada e Strain Global Longitudinal diminuído. Electroforese de proteínas séricas normal. Pesquisa de cadeias leves totais lambda e kappa sem alterações, com rácio kappa/lambda normal, no entanto, cadeias lambda livres aumentadas (2420mg/L) e rácio kappa/lambda livres de 0.00. Biópsias do recto coradas com vermelho do Congo demonstram a presença de proteína amiloide. Biópsia osteomedular normocelular e plasmócitos de 4%. Admitido o diagnóstico de Amiloidose AL, com atingimento gastrointestinal, cutâneo, cardíaco, medular e nervoso periférico. A doente iniciou quimioterapia. Cerca de 2 semanas após início da terapêutica, faleceu por quadro séptico fulminante.
Discussão: Os autores salientam a importância da suspeita clínica desta entidade para o seu diagnóstico célere, em doentes com evidência de envolvimento multissistémico. O início precoce do tratamento melhora a sobrevida dos doentes que quando diagnosticados em fase tardia têm uma esperança média de vida de 6 a 24 meses.

PA n.º 0170

Doença renal crónica é sinónimo de mau prognóstico

Mariana Constante(1);Daniel Gomes(1);Ana Rita Barradas(1);Sérgio Pereira(1);Ana Luísa Esteves(1);Catarina Cabral(1);Rita Reis(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças renais

Introdução: A doença renal crónica tem uma elevada prevalência a nível mundial e os cuidados prestados à população com este diagnóstico representam uma parcela significativa dos gastos em saúde. A função renal pode ser estimada através do cálculo da taxa de filtração glomerular (TGF) e pode ser categorizada em cinco estadios.
Os doentes com doença renal de todos os estadios apresentam aumento de morbilidade e mortalidade, particularmente por causas cardiovasculares. Esta associação está bem documentada para doentes dialisados (doença renal terminal), população em cuja taxa de mortalidade aumenta com o tempo de diálise (19%, 35% e 66% para doentes dialisados há um, dois e cinco anos respetivamente).
Objetivo: Caracterizar os doentes internados num serviço de Medicina Interna com 50 camas em 3 meses e estabelecer uma relação entre a presença de doença renal crónica (prévia ao internamento) e seu estadio com a mortalidade intra-hospitalar.
Material e Métodos: Recolha de dados de processo informático de todos os doentes internados entre janeiro e março de 2019 num serviço de Medicina Interna. Para cada doente foi calculada a taxa de filtração glomerular "basal" utilizando a equação de CKD-EPI e os valores de creatinina de uma avaliação analítica realizada em estabilidade clínica no ano anterior à data da admissão. A análise estatística foi realizada com SPSS v25, com análise descritiva, teste qui-quadrado e cálculo de odds ratio; considerado p-value estatisticamente significativo de 0,05.
Resultados: A amostra tem um total de 349 doentes com idade média de 79,4 anos e 55% de mulheres (n=185). Quanto à distribuição por estadios de doença renal, 88 doentes estão em estadio 1 (TGF≥90mL/min/1,73m2), 125 em estadio 2 (TGF 60-89mL/min/1,73m2), 97 em estadio 3 (TGF 30-59mL/min/1,73m2), 29 em estadio 4 (TGF 15-29mL/min/1,73m2) e nenhum em estadio 5. A taxa de mortalidade na população durante o internamento foi de 17,1% e a mortalidade no mês seguinte ao internamento de 5,3% (mortalidade total de 22,4%).
Durante o internamento hospitalar, a mortalidade foi de 11,4%, 12%, 25,8% e 27,6% entre os doentes em estadio 1, 2, 3 e 4 respetivamente. Na amostra estudada existe uma relação entre o estadio de doença renal crónica e a taxa de mortalidade durante o internamento hospitalar (p=0,008). Quando considerada a mortalidade cumulativa intra-hospitalar e no mês que sucede a alta, a mortalidade também se correlaciona com o estadio de doença renal crónica (p=0,001).
Na amostra estudada, doentes com doença renal crónica moderada a grave (estadios 3 e 4) têm 2,7 vezes maior probabilidade de morrer durante o internamento do que doentes sem doença renal crónica ou com doença renal ligeira (estadios 1 e 2).
Conclusões: A presença de doença renal crónica é um marcador de mau prognóstico em todos os doentes. Os clínicos devem estar especialmente atentos aos doentes com doença renal "basal" independentemente do motivo e internamento.

PA n.º 0190
Neurossífilis: um diagnóstico a considerar
Catarina Vilaça Pereira(1);Duarte André Ferreira(1);Fernando Oliveira e Silva(1);Leonor Dias(1);Pedro Ribeirinho Soares(1);Ana Rita Gomes(1);Elsa Branco(1);Filipa Ceia(1);António Sarmento(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: O diagnóstico de neurossífilis é desafiante. A apresentação clínica é variável, especialmente em termos neurológicos, com um espectro amplo de gravidade. O diagnóstico assenta na suspeição clínica, serologia e análise do líquido cefalo-raquidiano (LCR) que tipicamente apresenta pleocitose, proteinorraquia e teste VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) positivo.
CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de uma doente de 63 anos internada por insuficiência respiratória hipoxémica associada a infeção SARS-Cov2. Antecedentes de relevo de traumatismo vertebromedular com tetraparesia espástica sequelar medicada com baclofeno intratecal, prótese total da anca direita e úlceras de pressão associadas a osteomielite crónica do ísquio direito. Durante o internamento apresentou episódios de flutuação do estado de consciência, inicialmente atribuída a síndrome confusional aguda. No entanto, por depressão grave do estado de consciência com encefalopatia grave no eletroencefalograma e tomografia cerebral normal foi levantada a suspeita de neurossífilis. Perante um Treponema pallidum particle agglutination assay (TPPA) sérico positivo, foi realizada punção lombar que evidenciou hiperproteinorraquia (1,82g/L) e hipoglicorráquia (glicose no líquor = 32% da glicose sérica). Perante a gravidade clínica, iniciou empiricamente o tratamento da neurossífilis com penicilina G endovenosa (14 dias). Os resultados do LCR confirmaram a suspeita: VDRL (8 dil) e restante estudo negativo, incluindo FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption). Com o tratamento não houve melhoria do estado neurológico, acabando a doente por falecer por intercorrência infeciosa respiratória.
DISCUSSÃO: As alterações neurológicas apresentadas, depois de excluídas causas mais frequentes e perante positividade de TPPA levantaram a hipótese de diagnóstico apresentada. O presente caso evidencia a elevada importância da suspeição clínica no diagnóstico de neurossífilis, nomeadamente em doentes tão elevado grau de complexidade em que outros diagnósticos poderiam ser mais prováveis.

PA n.º 0196

Se endocardite bacteriana não era suficiente, endocardite fúngica.

Pedro Fiúza(1);Valentina Tosatto(1);José Sousa(1);Lourenço Cruz(1);Raquel Soares(1);Sofia Picão Eusébio(1);André Conchinha(1);Sofia Cunha(1);Paula Nascimento(1);Rita Barata Moura(1);Teresa Garcia(1);António Mário Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 80 anos, autónomo. Com história de fatores de risco cardiovascular e colocação de bioprótese aórtica por estenose aórtica grave sintomática. EA recente de prótese valvular aórtica a Staphylococcos epidermidis meticilin resisente (MRSE), fibrilhação auricular portador de pacemaker e com substituição de eletrocateter por vegetação em contexto de EA. Internado a partir da consulta, um ano após EA, por quadro de febre sem foco infecioso evidente, prostração, anorexia, lombalgia e aumento de parâmetros inflamatórios. Colheu rastreio sético. Não se podendo excluir nova EA iniciou empiricamente ceftriaxone, gentamicina e vancomicina. Hemoculturas com isolamento de Candida metapsilosis pelo que se adicionou Caspofungina 50mg/dia, mantendo antibioterapia. Ecocardiograma transesofágico com duas vegetações e bioprótese valvular aórtica, sem vegetações no eletrocateter. TC coluna lombosagrada sem espondilodiscite. Sem imunodeficiência. Ausência de indicação cirúrgica. Internamento de 103 dias, com estadia em unidade de cuidados intensivos por agravamento clínico e disfunção renal. Fungémia persistente sob caspofungina (31 dias) e voriconazol sinérgico (22 dias) pelo que foi realizado switch de antifúngico para anfotericina B lipossómica (cumpriu durante 10 semanas) e flucitosina (suspensa por toxicidade medular – pancitopenia). Esterilização de hemoculturas 38 dias após inicio de antifúngicos, mantendo terapêutica durante mais 8 semanas. Alta com vegetações de menor dimensão, sem complicações periprotésicas, sob itraconazol ad eternum.
Caso raro de doente com história prévia de EA bacteriana de bioprótese valvular aórtica e de eletrocateter de pacemaker a MRSE, que, um ano depois, desenvolve nova endocardite fúngica, aguda, da mesma bioprótese a Candida metapsilosis. Apesar da gravidade do prognóstico e da recorrência do quadro, o doente teve desfecho favorável. Existem poucos casos na literatura médica de endocardites fúngicas, menos ainda com endocardites de repetição.

PA n.º 0202

Leser-Trélat – Um sinal clínico a ter em consideração.

Nidia Oliveira(1);Catarina Almeida(1);Gabriela Venade(1);André Martins(1);Alexandra Vaz(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 87 anos, autónomo e com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumador (21UMAs). Recorreu ao serviço de Urgência por dispneia com 2 semanas de evolução e agravamento progressivo. Ao exame objectivo encontrava-se consciente e orientado. Eupneico em repouso, com aporte de oxigenoterapia por ON 2L/min. Auscultação pulmonar com murmúrio vesícular diminuído na metade inferior do hemitórax esquerdo. Auscultação cardíaca e abdómen sem alterações. Presença de múltiplas lesões cutâneas na região dorsal sugestivas de queratose seborreica.
Analiticamente sem alterações. Gasimetria com insuficiência respiratória tipo 1 (IR1). Radiografia do tórax com hipotransparência na 1/2 inferior do campo pulmonar esquerdo. Realizada toracocentese diagnóstica e evacuadora que decorreu sem intercorrências. Drenando 3L de líquido pleural (LP) sero-hemático e ficou com dreno torácico colocado. Admitido em internamento para estudo de derrame pleural esquerdo e IR1. Análise de LP mostrou: pH 7.31, glicose 52 mg/dL, Proteínas 4.4 g/dL, LDH 715 UI/L. Citologia do LP compatível com o diagnóstico de envolvimento pleural por adenocarcinoma de provável origem pulmonar.
Tomografia de tórax com volumosa e infiltrativa imagem captante do produto de contraste. Está formada por tecido pulmonar atelectásico provavelmente combinado com tecido neoformativa. Realizada biópsia cujo resultado histopatológico revelou neoplasia maligna do pulmão (adenocarcinoma).
O sinal de Leser-Trélat é uma dermatose rara, que geralmente tem curso paralelo a uma neoplasia e lhe confere pior prognóstico e maior agressividade. É caracterizado por um aparecimento abrupto, com rápido aumento em número e tamanho, de múltiplas ceratoses seborreicas. Os principais locais de aparecimento são o tórax e dorso (76%), extremidades (38%) e face (21%) e as neoplasias mais comummente associadas são os adenocarcinomas gástricos, do colón e da mama.
O seu reconhecimento é importante, pois pode determinar o diagnóstico e tratamento precoces de uma neoplasia, assim como auxiliar na monitorização da recorrência.

PA n.º 0223

Pneumonia nosocomial em doente jovem imunodeprimido

FILIPE JORGE PENCAS ALFAIATE(1);Margarida Massas(1);Ana Tenreiro(1);Diogo Duarte Dias(1);Pedro Menezes Cordeiro(1);Sandra Lucas(1);Irene Cortes Verdasca(1);Ireneia Lino(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os estados de imunossupressão, como acontece nas neoplasias, podem ter apresentação clínica variada.
Caso clínico: Homem de 19 anos, fumador, com internamento recente por miocardite aguda idiopática/viral, com boa evolução clínica. Cerca de 2 dias após alta, inicia quadro de febre, com picos febris pouco espaçados que cediam ao anti-inflamatório e antipirético, e tosse com expetoração mucosa. Por quadro arrastado e sensação de dispneia, doente dirige-se à Urgência onde se objetiva dispneia com saturação periférica de 85% em ar ambiente e adenopatias retroauriculares, de consistência elástica. Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se:
- Gasimetria (em ar ambiente): pH 7.47, pCO2 33mmHg, pO2 66mmHg, HCO3- 24mmol/L, sO2 94%, Lactato 2.1 mmol/L, PaCO2/FiO2: 314 mmHg
- Avaliação analítica: Leucocitose com neutrofilia marcada, proteína C reativa de 26.3 mg/dL (<0,5mg/dL) e procalcitonina de 2.96 ng/mL sugestiva de infeção bacteriana.
- Tomografia computorizada torácica: “Extensas densificações pulmonares bilaterais de padrão misto nas metades inferiores de ambos os campos pulmonares.”
Foi assumida pneumonia nosocomial hipoxemiante e iniciada antibioterapia de largo espectro. Por necessidades crescentes de oxigenoterapia foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos. Realizado rastreio microbiológico e auto-imune, sem nenhum achado positivo. Por posterior falência respiratória e antibiótica, evolução com necessidade de entubação orotraqueal e, posteriormente, iniciada oxigenação por membrana extracorporal. Em novo estudo de imagem presença de múltiplas adenopatias na região cervical. Realização de biópsia com resultado para linfoma de células T maturas periférico, CD3+. Iniciada terapêutica dirigida, com evolução clínica favorável.
Discussão: Este caso realça a necessidade de suspeição clínica de outras etiologias além da infeciosa, seja em doentes imunodeprimidos ou imunocompetentes.

PA n.º 0228
Onde está o Wally?

Johanna Viana(1);Maria Manuel Pereira(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Diana Silva Fernandes(1);Ana Rita Marques(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O achado de metastização sem tumor primário conhecido constituí um desafio diagnóstico. Neste contexto é necessário rever minuciosamente os dados da história clínica, do exame físico e realizar múltiplos exames complementares de esclarecimento dado que o diagnóstico definitivo tem implicações terapêuticas e prognósticas.
Caso clínico: Mulher de 65 anos, com antecedentes de gastrite crónica, sem hábitos tabágicos ou etílicos, medicada com pantoprazol, sem antecedentes pessoais ou familiares de neoplasia. Apresentava dispneia com um mês de evolução, tosse seca e toracalgia de características pleuríticas. Referia anorexia e perda ponderal de 11%. Exame objetivo sem alterações. Analiticamente apresentava anemia, aumento da LDH e fosfatase alcalina. A tomografia computorizada (TC) torácica revelou incontáveis nódulos sugestivos de metastização pulmonar bilateral, linfangite carcinomatosa, adenopatias hilares e paratraqueais e derrame pericárdico. Complementada com TC abdomino-pélvica, verificando-se metastização hepática e óssea, assim como imagem polipóide junto à válvula ileocecal inespecífica a merecer estudo dirigido por endoscopia digestiva baixa (EDB) para exclusão de lesão primária. A EDB não revelou alterações. A endoscopia digestiva alta demonstrou gastrite crónica erosiva, sem displasia. Foi avaliada por Ginecologia que excluiu primário ginecológico. Tinha realizado recentemente ecografia tiroideia em ambulatório que demonstrava adenoma tiroideu sem características suspeitas. Procedeu-se a biópsia hepática, que revelou metastização de adenocarcinoma do pulmão PDL-1 positivo e com mutação EGFR. A doente foi encaminhada para Oncologia e iniciou tratamento com Osimertinib.
Discussão: O adenocarcinoma do pulmão é mais comum em indivíduos não fumadores, que por sua vez apresentam mutações no gene EGFR mais frequentemente, quando comparados com indivíduos não fumadores, uma diferença particularmente importante pela responsividade do tumor a fármacos como o osimertinib, tal como se verificou neste caso.

PA n.º 0233

Doença associada à IgG4 – um longo caminho rumo ao diagnóstico, um caminho difícil para o tratamento

Eva Silva Fernandes(1);Diana a. Batista(2);Mariana Meireles(1);Pedro Palma(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (2) Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A doença associada a IgG4 (DA-IgG4) é uma condição fibro-inflamatória que pode afetar virtualmente qualquer órgão, sendo uma grande imitadora de patologias neoplásicas, inflamatórias e infecciosas.
Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 74 anos, encaminhada do IPO à consulta de Medicina Interna para estudo de perda ponderal e anemia de estados inflamatórios com 1 ano de evolução. A TC pélvica revelava massa pré-sagrada com envolvimento dos vasos ilíacos internos e ureteres, com hidronefrose esquerda crónica. O doseamento sério de IgG4 era 372mg/dL, levantando a suspeita diagnóstica, não tendo sido possível a confirmação histológica apesar de 2 tentativas de biópsia pela inacessibilidade da massa. Evoluiu com pielonefrites de repetição por agentes multirresistentes com necessidade de derivação urinária inicial com duplo-J e posteriormente com nefrostomia esquerda. Apesar de ciclos de antibioterapia prolongados manteve infeções de repetição pelo que foi submetida a cirurgia de libertação do ureter. A histologia da massa revelou tecido fibroadiposo com extenso infiltrado linfoplasmocitário e expressão de IgG4 marcada (rácio IgG4/IgG 57%). Confirmado o diagnóstico de massa retroperitoneal associada a IgG4, surgiram questões quanto ao tratamento imunossupressor dadas as intercorrências infeciosas. Optou-se por iniciar antibioterapia profilática e prednisolona 0.75mg/Kg na tentativa de prevenir novas pielonefrites obstrutivas. Foi documentada melhoria da anemia e redução dos níveis de IgG4 séricos, sem novas infeções. Aos 3 meses não havia registo de redução da massa na TC.
Conclusão: A DA-IgG4 é uma doença rara que pode acarretar grande morbilidade consoante os órgãos envolvidos. O diagnóstico pode ser dificultado pela inacessibilidade das lesões. A gestão entre o risco infecioso e o controlo da doença é por vezes difícil, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar, com envolvimento do doente, na tomada de decisões clínicas complicadas.

PA n.º 0236

Aspergilose Pulmonar Crónica – um diagnóstico nem sempre fácil!

Fábio Neves Correia(1);João Esteves Sousa(1);Ricardo Costa(1);Cindy Tribuna(1);Joana Sotto Mayor(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
As infeções por Aspergillus spp. apresentam-se num espetro clínico alargado, sendo que a Aspergilose Pulmonar Crónica (APC) faz parte desse. Como fatores de risco para APC destaca-se a presença de doença estrutural pulmonar. O objetivo passa por expor a apresentação clínica e a importância do diagnóstico da APC.

Caso Clínico:
Mulher, 60 anos, com antecedentes de Linfoma Difuso de Grandes Células B em remissão e tabagismo (34 UMA), admitida ao serviço de urgência com quadro constitucional - febre persistente, mal-estar generalizado, mialgias, astenia e náuseas com 6 semanas de evolução, com início após doença COVID19. O exame objetivo era inocente. Do estudo realizado identificou-se: leucopenia, linfopenia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Gasimetricamente com insuficiência respiratória hipoxémica. Realizou TC Toracoabdominopélvico que apresentava densificação pulmonar focal bilateral em vidro despolido e adenopatias dispersas (mediastínicas, mesentéricas e celíacas). Foi internada para estudo.
Da investigação etiológica do quadro constitucional, sem alterações infeciosas/auto-imunes que o pudessem justificar. Dados os antecedentes clínicos, colocada hipótese de etiologia linfoproliferativa para o quadro, realizando por isso PET, sem alterações compatíveis.
No internamento iniciou acessos de tosse seca associada a sibilância dispersa, motivo pelo qual, associadamente aos achados atípicos da TC Tórax, iniciou antibioterapia empírica com Claritromicina mas sem melhoria clínica.
Para melhor esclarecimento das alterações pulmonares realizou broncofibroscopia e no lavado broncoalveolar foi isolado um Aspergillus Niger. Assumido diagnóstico de APC e iniciada terapêutica empírica com Voriconazole, com melhoria clínica e imagiológica progressiva.

Discussão:
O presente caso visa alertar para a pertinência diagnóstica de APC sobretudo na presença de fatores de risco, dada a elevada morbimortalidade associada ao atraso no diagnóstico e instituição da terapêutica.

PA n.º 0243

Pneumocistose no doente VIH: uma análise entre 2012-2019

Mariana Shore de Almeida(1);Salomão Fernandes(2);Rita Sérvio(2);Ana Rita Silva(2);Raquel Tavares(2);Paulo Rodrigues(2)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (2) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Pneumocistose é uma doença infeciosa oportunista causada pelo fungo Pneumocystis jirovecii,(PJ) cuja afetação é pulmonar, com o desenvolvimento de pneumonia. Afecta indivíduos imunocomprometidos, nomeadamente com o Vírus da Imunodeficiência humana (VIH). Com o progresso na terapêutica antirretroviral (TARV) e o uso da profilaxia para PJ, a incidência tem vindo a diminuir. No entanto, em países como Portugal, continua a ser a infeção oportunista mais comum entre os doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA).
Desta forma, a presente análise estatística pretendeu retratar os doentes com Pneumocistose e VIH, como estudo observacional retrospetivo, compreendido entre os anos de 2012 e 2019, com consulta do relatório clínico dos doentes.
Contabilizaram-se um total de 28 doentes, 26 deles com infeção a VIH-1 e 2 casos com infeção a VIH-2.
Relativamente aos doentes VIH-1 (n=26), 65 % eram do sexo masculino e 35% do sexo feminino, com uma média de idades de 48,8 anos. 69 % eram de nacionalidade portuguesa.
Relativamente ao cumprimento da TARV, 15 doentes eram naive, 2 estavam a cumprir terapêutica e 9 tinham abandonado a mesma.
Quanto ao estadio da infeção, 92% dos doentes (n=24) encontravam-se em estadio C3 e dentro destes, 16 apresentavam uma contagem de células TCD4+ abaixo das 50 céls/mm3. Quanto à carga viral, em 42 % dos casos encontrava-se abaixo das 100.000 cópias. O ratio CD4+/CD8+ foi em média de 0,108, o que demonstra a grave imunossupressão destes doentes. Relativamente à sintomatologia, 92 % tinham tosse seca, 88% dispneia e 69% febre e perda de peso.
Do total de doentes VIH-1, 25 deles evoluíram com insuficiência respiratória, necessitando de oxigenoterapia, com 3 casos a necessitarem de ventilação mecânica invasiva. Todos os doentes realizaram broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, sendo que em 62% dos casos foram observados quistos e em 42% houve positividade para PCR do Pneumocystis. Todas as TC torácicas apresentaram padrão em vidro despolido. Todos os doentes foram medicados com Trimetoprim+ sulfametoxazol (TMP-SMX), com evolução favorável. Os 2 casos de HIV-2 foram em mulheres, uma naive e outra que tinha abandonado a terapêutica; ambas apresentaram sintomas como febre, tosse, dispneia e perda de peso; ambas desenvolveram insuficiência respiratória, com uma delas a necessitar de ventilação invasiva; foram tratadas com TMP-SMX e evoluíram favoravelmente.
O presente estudo retrospetivo permite alertar para a prevalência que a Pneumocistose ainda apresenta no nosso país, refletindo a elevada taxa de doentes em estadio SIDA com infeção oportunista. Como factores determinantes para o desenvolvimento de Pneumocistose, encontram-se o desconhecimento da infeção ao VIH e o abandono da terapêutica antirretroviral, com consequente imunosupressão grave. Assim, torna-se peremptória a criação de estratégias que visem um diagnóstico mais atempado para o VIH e o cumprimento da TARV por parte dos doentes.

PA n.º 0263

Elevação da enzimologia pancreática incidental, e agora?

Guilherme Camões(1);Ana Rita Ramalho(1);Diana m. Ferreira(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A Hiperenzinémia Benigna Pancreática (HBP) ou Síndrome de Gullo é caracterizada pela elevação da enzimologia pancreática na ausência de patologia pancreática. Ocorre na forma esporádica ou familiar. É assintomática e geralmente é identificada de forma incidental.
Caso Clínico: Doente de 65 anos foi referenciada para consulta de Medicina Interna com queixas de xerostomia, xeroftalmia e xerodermia com 1 ano de evolução. Não apresentava outros sintomas. De antecedentes pessoais destacava-se diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia com gota, osteoporose e tabagismo (7 UMA). A medicação habitual era sitagliptina+metformina, sertralina, alprazolam e trazodona. Ao exame físico não se identificaram alterações. No estudo analítico pedido pelo Médico de Família aquando da referenciação verificava-se elevação isolada da amílase. Tendo isto em conta realizou-se estudo etiológico de hiperamilasémia após exclusão de Síndrome de Sjögren. Deste destaca-se: elevação da enzimologia pancreática (amílase 157 U/L, lipase 125U/L) e amílase urinária normal (160U/L); Tomografia computorizada abdominal sem alterações; Ressonância magnética pancreática sem alterações. Após exclusão de patologia pancreática suspeitou-se de HBP. Para confirmação doseou-se amílase e lípase séricas durante 5 dias consecutivos ao final da manhã [Amilase (U/L): 88 (N) > 131 (elevado) > 85 (N) > 80 (N) > 75 (N); Lipase (U/L): 39 (N) > 109 (elevado) > 35 (N) > 37 (N) > 35 (N)] verificando-se oscilações diárias com variação média de 24,75 U/L para a amílase e 37 U/L para a lipase. Esta característica acompanhado de pelo menos 1 ano de seguimento sem identificação de patologia pancreática confirma o diagnóstico. O nosso doente manteve-se em seguimento e não apresentou sintomatologia de novo.
Discussão: Este caso clínico pretende realçar que nem toda a elevação da enzimologia pancreática é patológica. O seu doseamento fora do contexto de pancreatite raramente deve acontecer sob pena de gerar ansiedade e levar a exames complementares de diagnóstico desnecessários. No entanto, numa marcha diagnóstica de elevação de enzimologia pancreática sem identificação de patologia pancreática o diagnóstico de HBP deve ser considerado. De referir que neste doente a síndrome seca em nada se relaciona com a HBP, sendo este diagnóstico incidental.

PA n.º 0268
Quando a tuberculose não vem só
Marta Batista(1);Ana Barbosa(1);Elisabete Ribeiro(1);Inês Amaral Neves(1);Ana Gonçalves(1);Rui Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Guimarães

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose é uma doença infeciosa desafiante, sendo fundamental a integração entre uma anamnese e exame objetivo detalhados, interpretação perspicaz dos exames complementares, de forma a tratar atempadamente complicações potencialmente fatais.
Caso clínico: Homem, 49 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de tabagismo ativo e alcoolismo crónico. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita, tosse produtiva mucopurulenta, sudorese noturna, anorexia, astenia e emagrecimento que não sabia quantificar. Admitido na sala de emergência: agitado, taquipneico, taquicardico, diaforético; analiticamente com elevação parâmetros inflamatórios. Realizou radiografia de tórax: pneumotórax de grande volume à esquerda e infiltrados dispersos. Foi colocado dreno torácico no 5º espaço intercostal na linha medio axilar esquerda, com melhoria imediata da sintomatologia. Realizou tomografia computorizada do tórax: enfisema subcutâneo na parede torácica anterior esquerda, dreno torácico bem posicionado e extensas alterações estruturais no parênquima de ambos os pulmões com lesões cavitadas.
Durante o internamento houve isolamento de bacilos álcool ácido resistentes (bacteriológico da expectoração) e pesquisa de DNA M. tuberculosis complex positivo, sem resistência a rifampicina. Iniciou terapêutica antibacilar com esquema quadruplo (HRZE). O enfisema subcutâneo da parede torácica anterior agravou (extensão à região cervical, região supraclavicular e deltoideia) com evolução para pneumomediastino. O pneumotórax evoluiu para bilateral com recidiva à esquerda e de pequena dimensão à direita, com necessidade de reposicionamento do dreno. Posteriormente estabilizado com evolução clínica lenta, mas favorável.
Discussão: Este caso evidencia uma complicação de uma tuberculose pulmonar grave, com alterações importantes da estrutura pulmonar. Além da importância da marcha diagnóstica, torna-se essencial o início precoce da terapêutica antibacilar e abordagem atenta às complicações inerentes.

PA n.º 0269

Desafio diagnóstico - Doença de Still no Adulto

Rita Margarida Sousa Xavier(1);Emanuel Carvalho(1);Pedro Moura(1);Carla Peixoto(1);Sofia Teixeira(1);Mário Esteves(1)
(1) CHMA - Hospital de Famalicão

Tema: Doenças raras

Os diagnósticos de exclusão são, por vezes, resultado de quadros complexos com uma extensa marcha diagnóstica. A relevância deste caso clínico prende-se não só com a extensa abordagem diagnóstica realizada, como também com o diagnóstico estabelecido - Doença de Still no Adulto (AOSD). Esta constitui uma entidade rara, com uma incidência anual estimada de 0,16 casos por 100000 indivíduos.
Falamos de um indivíduo do sexo masculino, 58 anos, admitido no Serviço de Urgência por Cetoacidose Diabética. Antecedentes pessoais relevantes de Doença Hepática Crónica de etiologia alcoólica, Diabetes Mellitus tipo 2 não insulinotratada e incumprimento terapêutico em contexto de condição social precária. Durante a permanência hospitalar, iniciou quadro de picos febris pelo menos bidiários, sem foco identificado. Assintomático, sem alterações ao exame objetivo ou analitico. Realizou rastreio séptico, com bacteriológico de urina e hemoculturas persistentemente negativas. De realçar um valor máximo de ferritina acima dos 60000mg/dL. Aproximadamente um mês após inicio do quadro de febre, apresentou um exantema maculopapular, não pruriginoso e de intensidade variável, predominantemente a nível do tronco e extremidades.
Todas as etiologias de febre de origem indeterminada devem ser consideradas, pelo que não foi introduzido qualquer fármaco por forma a não mascarar o diagnóstico.
Causas infecciosas, auto-imunes, hematológicas e neoplásicas foram descartadas por vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente estudo analítico alargado, tomografias computorizadas, estudos endoscópicos, biópsia hepática, broncofibroscopia, punção lombar ou medulograma.
Foi assumido por exclusão o diagnóstico de AOSD. Tendo em consideração os critérios de Yamaguchi, verificou-se estarem presentes 2 critérios major e 3 critérios minor, o que é consistente com o estabelecimento do diagn´sotico. Foi iniciado tratamento com metilprednisolona 50mg/gia, com total remissão da febre e exantema.
A febre de origem indeterminada permanece um desafio diagnóstico. A AOSD é uma entidade subdiagnosticada que carece de estudos cientificos capazes de reforçar o conhecimento face à sua etiologia, apresentação clínica, achados laboratoriais e imagiológicos, evolução da doença e ainda o seu impacto na qualidade de vida do doente.

PA n.º 0271

Microangiopatia trombótica associada a hipertensão – a propósito de um caso clínico

Joana Faria Silva(1);Bárbara Azevedo de Sousa(1);Joana Fontes(1);Sabina Azevedo(1);Sara Pereira(1);a. Moura Alves(1);Paula Brandão(1)
(1) Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A hipertensão arterial severa pode causar microangiopatia trombótica (MAT) e a sua apresentação clínica pode mimetizar síndromes MAT primários. Apresenta-se um caso de MAT associada a hipertensão.

Homem de 45 anos, antecedentes pessoais de obesidade, hipertensão arterial não medicada e complicada de retinopatia, dislipidemia e episódio prévio de cólica renal. Sem medicação crónica. Realizou estudo analítico de rotina que revelou lesão renal aguda com sCr 4.8mg/dL, tendo sido encaminhado ao serviço de Urgência. Negou febre, alterações cutâneas, artralgias, perda ponderal, défices neurológicos, toracalgia, dispneia, hemoptises, vómitos, diarreia, cólica lombar ou alterações macroscópicas da urina. Negou fármacos recentes. À admissão apresentava-se consciente, orientado e colaborante, sem défices neurológicos agudos, apirético, TA 228/146mmHg e FC 89 bpm, auscultação cardiopulmonar sem alterações e sem edema periférico. Analiticamente com anemia hemolítica, trombocitopenia, lesão renal aguda com sCr 6.2 mg/dL, marcadores de necrose miocárdica negativos, teste de Coombs negativo, C3 e C4 normal. Esfregaço de sangue periférico com presença de fragmentos eritrocitários. Exame sumário de urina com proteinúria e sedimento urinário normal. Ecografia renovesical com rins de dimensões normais, sem obstrução. ECG com critérios de voltagem e ecocardiograma transtorácico com hipertrofia ventricular esquerda. Iniciada perfusão de labetalol, seguida de admissão em unidade de cuidados intermédios por emergência hipertensiva com anemia hemolítica, trombocitopenia e LRA. Realizado ecodoppler renal e angiografia por TC da aorta abdominal que excluiu estenose das artérias renais. Verificada melhoria da anemia e trombocitopenia e recuperação da função renal sucessiva com o controlo tensional, estabelecendo o diagnóstico de MAT associada a hipertensão.

Perante contexto clínico de hipertensão arterial maligna e lesão renal severa, a hipótese de PTT afigurou-se menos provável. A melhoria do quadro com o progressivo controlo tensional, não determinou a necessidade de tratamento com plasmaferese. Hipertensão arterial severa pode complicar com anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal. O tratamento da MAT secundária é dirigido à patologia subjacente.

PA n.º 0283

Cavitação Pulmonar- Quando a culpa não é da tuberculose

Andressa Lira(1);Filipa Canedo(1);David Silva(1);Carlos Seguro de Carvalho(1);Sara Alfarroba(1);António Miguel(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A marcha diagnóstica das lesões pulmonares cavitadas é ampla e inclui infecções, doenças auto-imunes, neoplasias, entre outras patologias menos comuns. Apesar de uma evolução aguda ser mais sugestiva de um processo infecioso, é necessário manter um alto grau de suspeição para outros diagnósticos.
Caso Clínico: Mulher de 66 anos, ex-fumadora de 100 UMAs. Sem história de tuberculose, sem antecedentes de relevo.
Recorreu à urgência por tosse predominantemente seca com um mês de evolução, com conteúdo hemoptóico esporádico. Refere perda ponderal não quantificada, astenia e sensação febril. À observação: palidez exuberante, murmúrio vesicular rude à esquerda.
Radiografia do tórax: cavitação no lobo superior direito (LSD) com nível hidro-aéreo. Realizou Tomografia Computadorizada torácica para melhor caracterização: cavitação no LSD com 7 cm, parede espessada, em possível relação com abcesso pulmonar. Marcada densificação em vidro despolido do parênquima adjacente, com um infiltrado micronodular de provável natureza infecciosa. Sem derrame pleural.
Analiticamente com Hb 4.6 mg/dL, leucocitose de 21.790 com neutrofilia 79.2%, sem alterações da coagulação, restantes análises sem alterações de relevo. Duas pesquisas diretas de BAAR negativas.
Foi transfundida e iniciou antibioterapia empírica, com boa resposta. Realizou embolização de artéria brônquicas guiada por TC para controlo das hemoptises. Posteriormente, foi submetida a broncofibroscopia (BFC) com biópsia e escovado brônquico: Sem visualização de obstrução endobrônquica. Lavado com cultura polimicrobiana, exame micológico direto e cultural negativos. Pesquisa de células neoplásicas negativas. Escovado brônquico e citobloco positivos para células neoplásicas compatíveis com adenocarcinoma do pulmão, PDL1 20%.
No estudo para estadiamento, apresentava lesões suspeitas a nível cerebral e supra-renal, tendo sido estadiada como T4NxM1.
Discussão: Este caso ilustra a importância da BFC na abordagem diagnóstica de lesões cavitadas, e da maior rentabilidade desta com realização de biopsia. A melhoria inicial com antibioterapia empírica pode atrasar a marcha diagnóstica. A desvalorização da sintomatologia pelo doente, e o receio em recorrer aos cuidados de saúde, agravados pela pandemia, são um desafio na doença oncológica.

PA n.º 0284

Estado de coma: Topo da artéria basilar.

Lorena Lozano Real(1);Paula Sofía Araújo(1);Mykhailo Iaschuk(1);Daniela Silva(1);Jorge Bravo(1);Renzo Mozzer(1);Eduardo Carvajal(1);Ana Catarina Rodrigues(1);Juan Alba Gil(1);Juan Manuel Urbano Gálvez(1)
(1) Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A artéria basilar é formada na superfície da protuberância por duas artérias vertebrais para irrigar áreas críticas do cérebro e do tronco encefálico. A síndrome do topo da basilar é caracterizada pela oclusão da porção rostral da artéria basilar ou seus ramos causando isquemia simultaneamente em diferentes áreas do mesencéfalo, protuberância, tálamo, cerebelo e lobos occipitais.
Caso clínico: Mulher de 78 anos com antecedentes pessoais de hipertensão arterial. Boa situação basal prévia com Índice de Barthel de 95/100. Trazida pela VMER por perda de consciência na rúa na presença de pessoas. Intubada e conectada a ventilação mecánica por baixo nível de consciência com glasgow de 3 pontos. Hemodinamicamente estável. Trazida à urgência do hospital, realizou-se tomografia computerizada de crânio e angio-tomografia de crânio, sem hemorragia, mas com trombose da artéria basilar, sendo realizada trombectomia de emergência com extração de vários trombos sem complicações. Grau da escala TICI (escala Trombolysis In Cerebral Infarction) 0 à entrada (oclusão completa) e TICI 3 (recanalização completa) após trombectomia. Escala NIHSS à chegada de 39 pontos pelo que não foi realizada trombolise. Internada na Unidade de Cuidados Intensivos com melhoria progressiva nos 5 dias seguintes, recuperação da consciência e escala NIHSS de 2 pontos, transferida posteriormente para o Serviço de Neurologia. Diagnosticada de fibrilação auricular paroxística durante o internamento.
Discussão: A grande variabilidade de sintomas que podem surgir, bem como sua correlação topográfica em neuroimagem, não foram ainda sistematizados neste síndrome. A súbita alteração do estado de consciência fez nos pensar no diagnóstico. A etiologia mais frequente é a embolia cardiogênica (61,5% e 90%).
Conclusssão: Encontramos poucos estudos sobre este síndrome. O melhor conhecimento do mesmo ajudarão-nos a realizar um melhor diagnóstico clínico e tratamento específico para um doente em coma. Foi muito importante morar numa cidade com um centro de primeiro nível com radiologia intervencionista para conseguir chegar aos tempos do tratamiento e à melhor recuperação posterior.

PA n.º 0285

Doença arterial carotídea e vertebral em doentes propostos para cirurgia cardíaca

Margarida Massas(1);Bruno Piçarra(1);Rita Rocha(1);João Pais(1);Mafalda Carrignton(1);José Aguiar(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A doença arterial dos vasos do pescoço (carotídea ou vertebral) afecta os procedimentos cirúrgicos cardíacos, sendo o seu estudo obrigatório no pré-operatório, uma vez que pode ser um factor de risco importante para complicações neurológicas com impacto na morbilidade e mortalidade.
Objectivo: Avaliar a associação entre patologia que motivou a indicação para uma cirurgia cardíaca (doença coronária vs. doença valvular) e a presença de doença arterial carotídea ou vertebral extracraniana significativa (DACV).
Métodos: Analisou-se os processos clínicos de 188 doentes propostos para cirurgia cardíaca e, relativamente à patologia que motivou a proposta cirúrgica, consideraram-se 3 grupos: doentes com patologia valvular (V), doentes com doença coronária (C) e doentes com doença valvular e coronária (V+C). Foi criada uma base de dados anonimizada com os dados relativos a idade, sexo, antecedentes cardiovasculares e não cardiovasculares, índice de massa corporal, hábitos tabágicos e etanólicos (passados e activos), função ventricular esquerda (FVE), doença coronária (DC) documentada em angiografia e a presença de DAVC, definida como estenose ≥ 50% em ecodoppler dos vasos do pescoço. Analisámos as diferenças entre cada grupo de doentes, a prevalência de DAVC e a sua associação com o tipo de doença cardíaca que motivou proposta cirúrgica.
Resultados: 60,8% dos doentes eram homens (n=144), com uma idade média de 69,9±8,77 anos. O grupo V correspondeu a 52,1% (n=98) dos doentes, o grupo C a 31,9% (n=60) e o grupo V+C a 16,0% (n=30). A média de idade foi significativamente diferente entre os grupos (grupo V: 71,0±9,10 vs. grupo C: 67,0±8,40 vs. grupo V+C: 72,4±6,80; p= 0,005), sem diferença significativa na distribuição por sexo. Houve diferenças significativas na prevalência de enfarte agudo do miocárdio (grupo V: 6,10% vs. grupo V: 16,7% vs. grupo V+C: 26,7 %; p=0,007), angina instável (grupo V: 0% vs. grupo C: 11,7% vs. grupo V+C: 0%; p<0,001), angina estável (grupo V: 2,00% vs. grupo C: 11,7% vs. grupo V+C: 3,00%; p=0,029), FVE normal (grupo V: 80,6% vs. grupo C: 60,0% vs. grupo V+C: 73,7%; p=0,018). FVE gravemente deprimida (grupo V: 3,10% vs. grupo C: 11,7% vs. grupo V+C: 0%; p=0,039), fibrilação/flutter auricular (grupo V: 20,4% vs. grupo C: 3,30% vs. grupo V+C: 26,7%; p=0,004), Diabetes mellitus (grupo V: 25,5% vs. grupo C: 51,7% vs. grupo V+C: 36,7%; p=0,004) e Doença renal crónica (grupo V: 10,2% vs. grupo C: 3,40% vs. grupo V+C: 23,3%; p=0,012). DACV estava presente em 19,7% dos doentes, sem diferença significativa entre os grupos (grupo V: 13,3% vs. grupo C: 25,0% vs. grupo V+C: 30,0%; p=0,059). Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre DACV e DC significativa (p=0,021; OR=2,38; IC 95%: 1,13 a 5,02). Entre od doentes com DC (grupo C), a prevalência de DACV foi superior em doentes com doença coronária de 3 vasos (33,3%), sem se verificar associação significativa entre DACV e o vaso coronário afectado.
Conclusões: Não parece haver associação entre a DACV e a patologia que motiva a proposta para cirurgia cardíaca. DACV esta associada à presença de DC, sendo mais prevalente nos na doença coronária de múltiplos vasos, em conformidade com a evidência existente da associação entre os vários tipos de doença arterial ateromatosa.

PA n.º 0293
PRURIDO AQUAGÉNICO – A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE UM TUMOR DO PÂNCREAS

Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Marta Machado(1);Margarida Mourato(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O prurido paraneoplásico é raro nos tumores sólidos, sendo mais frequente nas doenças linfoproliferativas. O prurido aquagénico caracteriza-se por prurido após contacto com água. Está associado à policitemia vera e a doenças linfoproliferativas.
Caso: Mulher de 78 anos, sem doenças conhecidas, fumadora (11 UMA) seguida durante um ano por prurido aquagénico, sem resposta terapêutica. Recorreu ao serviço de urgência por edema e empastamento do membro inferior esquerdo em contexto de trombose venosa profunda aguda ilio-femoro-popliteia, tendo iniciado anticoagulação.
Foi investigada em consulta de medicina interna neste contexto. Negou perda ponderal, sudorese, febre, enfartamento pós-prandial, alterações gastrointestinais, perdas de sangue visível. Rastreio mamográfico há 5 anos sem alterações. Analiticamente sem trombocitose ou anemia; fosfatase alcalina (150 U/L) e desidrogenase láctica (249 U/L) ligeiramente elevadas, sem hiperbilirrubinémia; défice de folato (2,9 ng/mL) e cianocobalamina elevada (1196 pg/mL); pesquisa de mutação JAK 2 617V negativa. A tomografia computorizada de corpo mostrou “lesão infiltrativa na cabeça do pâncreas de 3,6 cm de maior eixo, com dilatação do Wirsung no corpo e cauda do pâncreas, a envolver o confluente esplenoportal/veia porta, artéria hepática comum, tronco celíaco e artéria esplénica; adenomegalias adjacentes ao hilo hepático e retroperitoneais” – diagnosticando-se neoplasia da cabeça do pâncreas irresecável, T4N2M0. A citologia da biópsia de adenomegalia revelou adenocarcinoma. CEA e CA 19.9 elevados ao diagnóstico, 842 e 8,3 U/mL, respetivamente.
Conclusão: O prurido aquagénico paraneoplásico apesar de raro deve ser considerado em doentes com idade >65 anos, se refratário a terapêutica e sobretudo se existir outra manifestação sugestiva de síndrome paraneoplásico. Apesar de mais frequente em neoplasias hematológicas este caso descreve um caso de prurido aquagénico com primeiro sintoma de adenocarcinoma do pâncreas.

PA n.º 0295
"SHU e SARS-CoV2 – uma associação rara"

Cristiana Honrado Martins(1);José Damasceno e Costa(1);Paulo Pereira(1);Catarina Silva Araújo(1);Rui m. Domingues(1);Ana Rita Matos(1);Vânia Gomes(1);Alexandre Carvalho(1);Guilherme Castro Gomes(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: As microangiopatias trombóticas (MAT) são doenças raras com elevada morbimortalidade. Destas, o Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) associado à desregulação da via alternativa do complemento representa um desafio diagnóstico.
Caso clínico: Descreve-se o caso de uma mulher de 40 anos com antecedentes de nefrectomia esquerda por carcinoma renal. Recorreu ao hospital por vómitos, diarreia, oligúria e edema facial. Tinha testado positivo para SARs-CoV2, cinco dias antes da admissão. As análises revelaram anemia com hemólise intravascular (com esquizócitos e teste de Coombs negativo), trombocitopenia, desidrogenase láctica elevada (>1000U/L) e lesão renal aguda (LRA), com creatinina de 5,5mg/dL. Verificou-se hematúria, proteinúria nefrótica e hipoalbuminemia. Estudo da coagulação normal. Do estudo etiológico das MAT e da LRA destaca-se, apenas, consumo de C3. Restante estudo sem alterações relevantes (atividade de 100% da ADAMTS13, pesquisa de E. coli O157:H7 negativa, beta-HGC negativa, estudo imunológico negativo, ácido metilmalónico/metionina normais, serologias infeciosas negativas e anti-factor H negativo). Tomografia computadorizada e tomografia por emissão de positrões excluíram recidiva neoplásica. Realizou plasmaferese, sem melhoria clínica/analítica. Por manter oligúria e dificuldade de gestão volémica, necessitou de iniciar hemodiálise. O estudo genético revelou mutação heterozigótica de C3 e homozigótica de CFH. Este resultado sustentou ainda mais o diagnóstico de SHU associado à desregulação do complemento, despoletado pela infeção SARS-CoV2. Iniciou Eculizumab, com melhoria clínica e analítica (principalmente das alterações hematológicas).
Discussão: Este caso destaca-se pela raridade do SHU associado à desregulação do complemento e pelo facto de ter sido despoletado pela infeção SARs-CoV2. Ressalva-se, ainda, a importância de um diagnóstico inicial célere, que possibilitem o início atempado do tratamento específico.

PA n.º 0296

Preditores de doença arterial carotídea e vertebral em doentes submetidos a cirurgia cardíaca

Margarida Massas(1);Bruno Piçarra(1);Rita Rocha(1);João Pais(1);Mafalda Carrington(1);Ana Rita Santos(1);José Aguiar(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A doença arterial carotídea e vertebral (DACV), sendo uma das apresentações da doença ateromatosa, é um factor de risco importante para complicações neurológicas após uma cirurgia cardíaca com repercussão importante na morbilidade e mortalidade. A identificação destes doentes é essencial para adotar estratégias que permitam melhorar os resultados cirúrgicos.
Objectivo: Determinar a prevalência de doença arterial carotídea ou vertebral (DACV) numa população de doentes submetidos a cirurgia cardíaca e identificar possível factores preditores.
Métodos: Avaliaram-se os processos clínicos de 188 doentes submetidos a cirurgia cardíaca electiva num período de 4 anos consecutivos. Definiu-se DACV como uma estenose luminal ≥ 50% de uma artéria vertebral ou carotídea extracraniana. Compararam-se dois grupos: Grupo 1: doentes com DACV; e Grupo 2: doentes sem DACV. Foi criada uma base de dados anonimizada com dados relativos a idade, sexo, factores de risco cardiovascular, comorbilidades não cardiovasculares, resultados de coronariografia realizada antes da cirurgia e tipo de cirurgia cardíaca realizada [by-pass coronário (CABG), cirurgia valvular ou CABG e cirurgia valvular concomitante].
Resultados: Verificou-se a presença de DACV em 19,6% (n=37) dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. A idade média dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca foi de 69,9 ± 8,70 anos, sendo que 60,8% eram homens. A prevalência de factores de risco cardiovascular foi a seguinte: hipertensão arterial – 79,8%; Diabetes mellitus – 35,6%; dislipidémia – 73,4%; síndrome coronário agudo prévio – 12,8%; acidente vascular cerebral prévio – 12,2%; Doença renal crónica – 10,1%. A maioria dos doentes foi submetido a cirurgia valvular (52,1%). Foram submetidos a CABG 31,9% dos doentes. Com excepção da doença coronária, que foi significativamente mais prevalente no Grupo 1 (64,8% vs. 43,7%, p=0,021), não houve diferenças significativas entre os dois grupos relativamente a idade, sexo, factores de risco cardiovasculares ou outras comorbilidades.
Conclusão: A DACV foi observada em 19,6% dos doentes que foram submetidos a uma cirurgia cardíaca. A presença de doença coronária significativa parece estar associada à DACV nesta população, algo expectável dado tratarem-se de doenças com mecanismo fisiopatológico semelhante, variando apenas o território arterial afectado. No entanto, nesta população, os restantes factores de risco cardiovascular parecem não estar associados de forma significativa a DACV, não podendo assim ser considerados factores preditores de DACV nestes doentes.

PA n.º 0309

"O SEMPRE DEITADO" - ESTENOSE DA BASILAR E EVENTOS ISQUÉMICOS DE REPETIÇÃO

Carolina Amado(1);Francisca Ferreira(2);Tiago Pedro(2);André Fernandes(2);Luís Augusto(2);Mariana Pintalhão(2);Joana Guimarães(2);Ricardo Soares Dos Reis(2)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

As estenoses da artéria basilar estão associadas a um elevado risco de morbi-mortalidade. Quando há recorrência dos eventos clínicos, apesar de otimização da terapêutica médica, as opções terapêuticas são controversas.
Homem ex-fumador, 72 anos, HTA, dislipidemia e obesidade. História de 2 internamentos nos últimos 6 meses por AIT vertebrobasilar, em relação com lesão aterosclerótica suboclusiva da artéria basilar proximal, sob dupla antiagregação plaquetária e otimização terapêutica de FRV. Foi re-admitido por três episódios de diplopia vertical transitória num período inferior a 24h, relacionados com o ortostatismo. Exame objetivo sem alterações de relevo e TC-CE sem novas lesões isquémicas, com angio-TC a evidenciar estabilidade da estenose da artéria basilar. No internamento, após repouso absoluto e fluidoterapia, iniciou levante progressivo, com agravamento clínico, apresentando um episódio de sonolência marcada e disartria, que reverteu com decúbito; posteriormente, nova tentativa de levante acima dos 45º, com afundamento do estado de consciência, desconjugação do olhar, tetraparésia, disartria marcada e parésia facial central com reversão parcial após retorno a posição 0º. Realizou RMN-CE com evidência de lesões isquêmicas talâmicas agudas bilaterais.
Atendendo à progressão clínica, com incapacidade progressiva e morbi-mortalidade elevada sem tratamento, o caso foi re-discutido com Neurorradiologia e o doente, tendo-se optado pelo tratamento endovascular da estenose basilar (angioplastia e stent), realizada com sucesso. Cerca de uma semana após o procedimento, o doente teve alta com marcha autónoma, não obstante necessidade de supervisão.
Este caso demonstrou a possibilidade de uma revascularização com sucesso clínico em doentes com estenose da artéria basilar aterosclerótica grave com sintomas por hipoperfusão que são refratários à melhor terapêutica médica.

PA n.º 0311

OS OPORTUNISTAS DA VACINA PARA A COVID-19: UM CASO CLÍNICO

Carolina Amado(1);Tiago Valente(1);Ana Rocha Oliveira(1);Mariana da Silva Leal(1);Renata Aguiar(1);Margarida Cruz(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Pandemia COVID-19 promoveu o desenvolvimento célere de vacinas seguras e eficazes contra o SARS-CoV2. Não obstante, os efeitos adversos das mesmas devem ser reconhecidos, tendo em conta o impacto que podem apresentar na aceitação da população.
Os autores descrevem o caso de uma mulher de 65 anos, com antecedente de neoplasia da mama em remissão, dislipidemia, hipotiroidismo, síndrome depressiva e síndrome do intestino irritável. Sem toma de fármacos imunossupressores ou outra clínica epidemiológica de relevo. Foi avaliada por quadro de odinofagia intensa e desconforto em ardor retroesternal, que surgiu dois dias após administração da vacina mRNA contra a COVID-19. À obserevação, identificadas placas esbranquiçadas na mucosa oral e língua, compatíveis com candidíase orofaríngea, resolvidas após terapêutica com nistatina tópica e fluconazol. Cerca de dois dias após a segunda dose da mesma vacina, iniciou queixas álgicas nas regiões inguinal e nadegueira, e aparecimento de vesículas. Ao exame objetivo, apresentava lesões vesiculares confluentes em fundo eritematoso, segundo distribuição do dermátomo. Foi assumido o diagnóstico de infeção por herpes zoster, tendo cumprido terapêutica com valaciclovir e analgesia. O quadro resolveu em duas semanas, mantendo dor pós-herpética por 2 meses, apesar de medicação. Tendo em conta a causalidade temporal, ausência de outra etiologia e o aumento de casos reportados na literatura, ambos os episódios foram assumidos em contexto pós-vacinal.
Os autores pretendem evidenciar a imunomodelação induzida pela vacina, já associada a outras vacinas como a da Influenza ou da Hepatite A. A desregulação das células T, particularmente as natural killer (NK) com aumento de ligandos NK grupo 2D (NKG2D) da membrana das células neuronais, influencia a reativação de vírus latentes e outros agentes oportunistas. A idade avançada, traduzida em imunossenescência, parece constituir um fator de risco relevante.

PA n.º 0316

Heart Failure telemonitoring in a pandemic period

Miguel Carias(1);Marta Paralta(1);António Almeida(1);Francisco Cláudio(1);Rita Rocha(1);Mafalda Carrington(1);Bruno Piçarra(1);Ângela Bento(1);Manuel Trinca(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

Introduction
Heart failure (HF) is a prevalent pathology that causes high morbidity and mortality, constituting a therapeutic challenge.
The recommendations increasingly remark the existence of self-management strategies to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. In addition, the new COVID-19 pandemic brought to light the importance of these strategies in these patients.
In this context, we started a project to monitor these patients, which consists in the existence of a periodic teleconsultation specific to HF.

Purpose
This paper aims to assess the impact on the approach to heart failure through teleconsultation aimed at this pathology.

Methods
In the last year, 72 patients with severe left ventricular systolic dysfunction over 18 years-old, who were consulted by telephone every 3 months, or less according to complications, were followed up. At each visit, symptoms, blood analysis and therapy were reviewed and adjusted when necessary.

Results
72 patients were included, 281 consultations were performed, with an average of 4 consultations per patient. Of these patients, 71.1% were male with a mean age of 65 years-old. Regarding cardiovascular risk factors, 75% were overweighted or obese, 71% had arterial hypertension, 61% dyslipidemia, 49.2% previous acute myocardial infarction and 38.9% diabetes.
From a symptomatic point of view, 36% were in NYHA (New York Heart Association) class I, 38% in NYHA class II, 26% in NYHA class III and 0% in NYHA class IV.
Of the patients included, 23.4% were taking ACE inhibitor, 28.8% an ARA-II and 44% Sacubitril/Valsartan, whereby 96.2% of the patients were taking a drug that inhibited the renin-angiotensin system. It should also be noted that 84.7% of patients complied with beta-blocker therapy, 69.5% with an aldosterone antagonist, 23.7% with an SGLT2 inhibitor and 8.4% with ivabradine.
During this period, therapy was adjusted in 47.4% of patients, 4 died and 3 were discharged.

Conclusions
This project based on telemonitoring improved the HF approach, especially during a period when access to healthcare was compromised by the pandemic situation.
This approach allowed the optimization of prognosis-modifying therapy for heart failure in about half of the patients included (47.4%). It should be noted that the vast majority of patients were taking a drug that inhibits the renin-angiotensin axis, which is a quality indicator in the treatment of these patients.

PA n.º 0331

Tumefação da parede torácica - apresentação rara de um empiema.

Miguel Sequeira(1);Telma Alves(2);Odete Duarte(2);João Gonçalves(2);Ricardo Rodrigues(2);Pedro Ribeiro(2);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das patologias mais prevalentes nos internamentos por doença respiratória. O derrame parapneumónico é uma das complicações decorrentes da PAC no doente internado (20-30%)a, pode manifestar-se como empiema (5-10%)a e obriga na maioria dos casos a uma abordagem diagnóstica e terapêutica invasivas. Os principais fatores de risco são imunossupressão, idade avançada, higiene oral precária e abuso crónico de álcool e drogas.
CASO CLÍNICO: Homem, 55 A, internado por dor pleurítica esquerda (EVA 7), com duas semanas de evolução. Antecedentes pessoais: alcoolismo, cáries dentárias e carência socioeconómica. À admissão apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e imagiologicamente foco de consolidação na base pulmonar direita e infiltrado ápico-caudal no campo pulmonar esquerdo. Foi diagnosticada PAC, com insuficiência respiratória. Após o cumprimento do 1º ciclo de antibioterapia empírica manteve elevação dos parâmetros inflamatórios, febre e agravamento da hipodensidade esquerda. Desenvolveu ainda uma tumefação da parede torácica inferior esquerda de novo, dolorosa e quente. Realizou TAC do tórax que revelou derrame loculado a nível da pleura esquerda, com fistulização muscular e subcutânea para a região dorso-lombar esquerda. Efetuou-se incisão e drenagem com saída abundante de pus e colocação de dreno multicapilar. À reavaliação imagiológica mantinha hipotransparência na região subescapular esquerda com ecografia mostrando loca com conteúdo líquido e com sinais de organização e a 3 cm da pele. Drenou-se a nova loca guiada por TAC, com saída também de conteúdo hematopurulento, sendo o estudo microbiológico negativo. Houve boa evolução clínica com resolução completa do empiema.
DISCUSSÃO: Este caso apresenta uma das complicações a que devemos estar atentos na prática clínica, face aos antecedentes pessoais e a importância destes na abordagem das infeções respiratórias refratárias aos tratamentos convencionais

PA n.º 0338

Vegetação intracardíaca multifocal, um caso de Endocardite Infeciosa

Ivo Alexandre Pina(1);Maria João Silva(1);Ana Catarina Pereira(1);Carlota Lalanda(1);Sofia Salvo(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa (EI) é uma infeção do endocárdio ou das válvulas cardíacas ainda associada a elevada morbimortalidade, apesar dos avanços recentes nas estratégias de diagnóstico e terapêutica.
Caso Clínico: Homem, 79 anos, com história de cardiopatia hipertensiva, portador de pacemaker (PMK) por bloqueio aurículo-ventricular de 2ºgrau, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica estadio 3b. Recorreu à urgência por quadro com 10 dias de evolução de dispneia de agravamento progressivo e edema periférico associado a astenia e pico febril único (38°C). Foi internado admitindo-se Insuficiência Cardíaca Descompensada, em perfil B.
No internamento verificou-se ausência de resposta clínica à terapêutica diurética em dose crescente e aumento progressivo de NT-proBNP. Por Proteína C Reativa persistentemente elevada (~100mg/L) e ausência de outra sintomatologia, realizaram-se hemoculturas com isolamento de Enterococcus faecalis, tendo-se instituído antibioterapia dirigida a este agente, e realizou ecocardiograma transtorácico que mostrou vegetação na válvula aórtica de 15x17 milímetros com regurgitação grave associada. Foi assim assumida EI como causa de descompensação da Insuficiência Cardíaca. O caso foi discutido com equipa de Cirurgia Cardíaca, com indicação para reparação valvular após cumprimento de antibioterapia, contudo por evolução rápida para choque misto (séptico e cardiogénico), foi intervencionado de urgência. Apresentava vegetações aórticas de grandes dimensões, com abcesso subvalvular e vegetações da aurícula direita e elétrodos do PMK.
Este caso ilustra a extrema gravidade da EI, nomeadamente em doentes com um corpo estranho intracardíaco, podendo ser causa de Insuficiência Cardíaca descompensada. É fulcral um elevado grau de suspeição dadas as dificuldades inerentes ao diagnóstico, sobretudo em doentes cuja apresentação clínica é inespecífica, pois atrasos no diagnóstico e tratamento relacionam-se com pior prognóstico.

PA n.º 0339

Hipotensão ortostática como apresentação de Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio

Sofia Moura de Azevedo(1);Rita Carrilho Pichel(1);Egídio Freitas(1);Ana Campar(1);António Marinho(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A doença de deposição de pirofosfato de cálcio (DDPC) na medula tem sido associada a manifestações clínicas de compressão nervosa ou de estenose medular crónica. Apresentamos o caso de uma mulher de 87 anos, com poliartralgias crónicas de longa data, não estudadas, admitida no serviço de urgência por alteração do estado de consciência. Foi documentado tratar-se de um episódio de hipotensão ortostática, que a doente manteve, com impacto na qualidade de vida. Durante a permanência hospitalar, foi documentada artrite aguda do punho por deposição de pirofosfato de cálcio, analiticamente com estado inflamatório sistémico. Tomografia cervical e ressonância magnética revelou alterações da articulação atlanto-axial com redução do espaço endocanalar sugestiva do envolvimento espinal da DDPC. Foram extensamente excluídas outras causas. O diagnóstico histológico não foi possível dada a ausência de indicação cirúrgica pelo elevado risco cirúrgico pelas comorbilidades. O envolvimento espinal da DDPC era considerado raro, contudo, estudos recentes identificaram uma prevalência de 12,5% em TC cervicais em doentes com trauma. Este caso é no nosso conhecimento o primeiro a reportar hipotensão ortostática como manifestação de DDPC, e uma chamada de atenção para as alterações estruturais que podem ocorrer quando não é feito o diagnóstico precoce ou tratamento adequado.

PA n.º 0341
MACROGLOSSIA, UMA APRESENTAÇÃO TÍPICA DE UM DIAGNÓSTICO POUCO COMUM.

Ana Toste(1);Miguel Martins(1);André Vale Guimarães(1);Ana Raquel Neves(1);Francisca Correia(1);Pedro Marques(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A amiloidose é um termo genérico que diz respeito à deposição extracelular de fibrilas proteicas. Inúmeras proteínas formam filbrilas amiloides. A discriminação do tipo de proteína amiloide pode ser difícil, mas necessária, pois tem implicações terapêuticas. A deposição de cadeias leves constitui a amiloidose AL. É uma doença sistémica, apresentando-se com variedade de sinais e sintomas, incluindo proteinúria, edema, hepatoesplenomegalia, insuficiência cardíaca, síndrome do túnel cárpico e pseudohipertrofia de massas musculares.
Caso Clínico: Homem de 69 anos, caucasiano. Antecedentes de tuberculose. Referenciado à consulta de Medicina Interna por macroglossia e glossalgia com meses de evolução associadas a astenia e edema progressivo dos membros inferiores. Analiticamente com discreta anemia, Cr 2,45mg/dL em doente sem antecedentes de DRC, eletroforese de proteínas séricas com pico monoclonal na região alfa. Biópsia da língua com depósitos de amiloide. Internado eletivamente para continuação de estudo. Doseamentos de imunoglobulinas com IgA sérica aumentada, imunofixação com gamopatia monoclonal IgA Kappa. Urina 24h com proteinúria nefrótica e razão kappa/lambda aumentada. TC-TAP sem evidência de lesões líticas. EMG com síndrome do túnel cárpico bilateral. Ecocardiograma com hipertrofia do septo interventricular. RNM cardíaca sem evidência de infiltração cardíaca. Mielograma com 13% de plasmócitos. Foi feito o diagnóstico de Mieloma Múltiplo com componente de amiloidose AL. O doente foi orientado para consulta de Hematologia onde iniciou tratamento com protocolo CyBorDexa, para posterior transplante autólogo de medula óssea.
Discussão: A amiloidose AL pode apresentar-se isoladamente ou associada a outras discrasias plasmocitárias. O padrão de envolvimento de órgão determina as manifestações clínicas, mas os sintomas são geralmente reconhecidos tardiamente. Doentes com diagnóstico em fases avançadas da doença, particularmente quando existe envolvimento cardíaco, têm um risco elevado de mortalidade. A base do tratamento é o diagnóstico precoce, antes de lesão irreversível de órgão alvo. Uma elevada suspeita clínica, estudo dirigido e início de tratamento com terapias citorredutoras é crucial para evitar a progressão de doença e preservar a função de órgão.

PA n.º 0345

Anti-fibróticos na FPI e COVID-19: sinal de velocidade na história natural da doença?

Sofia Moura de Azevedo(1);Ana Torrão Pinheiro(1);Fabienne Gonçalves(1);Inês Furtado(1);Inês Clara(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças respiratórias

O atingimento do interstício pulmonar pela doença COVID-19 representa um desafio no seguimento e abordagem de doentes com doença pulmonar prévia. Apresenta-se o caso de um homem de 76 anos, ex-fumador com exposição ocupacional, e com história prévia de dispneia para esforços moderados com agravamento progressivo, desde há 4 anos. Sem outra clínica acompanhante, e sem estudo imagiológico ou provas funcionais. Admitido por pneumonia grave a COVID-19 e tromboembolismo pulmonar agudo de risco intermédio, sem necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo ou ventilação mecânica. TC torácica com alterações enfisematosas centrilobulares e intersticiais bilaterais com favo de mel e vidro despolido bilateral. Estes achados sugerem tratar-se de um doente com doença pulmonar crónica não estudada, nomeadamente fibrose pulmonar intersticial. Foi hipocoagulado, fez dexametasona e remdesivir. Teve alta sob oxigenoterapia a 2L/min, com reinternamento uma semana depois por sobreinfecção nosocomial, com necessidade de oxigenoterapia de alto fluxo. TC-torácica de reavaliação com aumento das áreas em vidro despolido. Cumpriu antibioterapia de largo espectro e iniciou corticoterapia sistémica de alta dose. Posteriormente iniciou azatioprina, como poupador de corticóide. Por se tratar de uma pneumonia intersticial com evolução fibrosante, agravada por doença COVID-19, e complicações trombóticas e nosocomiais, propôs-se, através do Programa de Acesso Precoce a medicamentos (PAP), para nintedanib. À reavaliação a 3 meses sob terapêutica anti-fibrótica e reabilitação física, com evidência de melhoria clínica e imagiológica. O papel e benefício dos anti-fibróticos, indicado nos doentes com FPI, está ainda por definir na progressão fibrótica associada à doença COVID-19, sendo necessário mais estudos, colocando-se como terapêutica promissora com impacto na qualidade de vida e história natural da doença.

PA n.º 0353

Caso raro de angioedema associado ao exenatide

Mariana Esteves(1);Rita Reis Bragança(1);Sandra a. Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Outro

Introdução: O exenatide (EXN) é um agonista do recetor GLP-1 injetável via subcutânea semanalmente, utilizado no tratamento da diabetes mellitus (DM). Os efeitos adversos mais comuns são náuseas, vómitos e reações de hipersensibilidade no local da injeção. Embora o angioedema esteja documentado como potencial efeito adverso do exenatide, a sua incidência não está descrita

Caso clínico: Sexo feminino, 43 anos, antecedentes de DM tipo 2 com > 10 anos de evolução, hipertensão arterial, obesidade e talassemia beta intermédia. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por edema da face e região periorbital, associado a exantema pruriginoso, com 3 dias de evolução e agravamento significativo nas últimas horas. Sem história prévia de alergias medicamentosas, asma ou eczema. Negava trauma, picadas de inseto ou história familiar de angioedema. Negava exposição a alimentos, substâncias tópicas ou detergentes diferentes do habitual. Referia inicio 13 dias antes de EXN, tendo realizado a segunda toma 6 dias antes da admissão. Restante medicação sem alterações, inclusive da dosagem, tratando-se de medicação crónica que a doente realizava há mais de 5 anos. Ao exame objetivo estava hemodinamicamente estável, SatO2 100% (FiO2 21%), sem sibilância à auscultação, apresentava exantema urticariforme disperso na região do peito, virilhas, axilas e couro cabeludo; edema discreto da região periorbital, exuberante da hemiface esquerda e labial. Sem edema da língua ou úvula. Analiticamente sem alterações de relevo. Fez toma de hidrocortisona e clemastina, com melhoria das lesões da pele. Por manter prurido intenso do couro cabeludo e peito, medicada com hidroxizina, com melhoria sintomática. Manteve-se em vigilância no SU durante 12h apresentando melhoria substancial do edema da face e dos lábios. Dada a semivida prolongada do EXN, foi medicada para ambulatório com ciclo de corticoterapia e anti-histaminico e indicação para suspender EXN.

Discussão: O angioedema alérgico associa-se a prurido e o seu tratamento habitualmente consiste em anti-histamínicos e corticoterapia. Dada a história familiar negativa, a ausência de tratamento com IECA, febre, trauma e a resolução da sintomatologia após terapêutica não específica, foi assumido o diagnóstico de angioedema induzido por EXN, existindo apenas 1 caso descrito na literatura.

PA n.º 0354

Derrame pericárdico como manifestação de infeção por Mycoplasma pneumoniae

Ana Luísa Silva(1);Catarina Reigota(1);Filipe Vilão(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os derrames pericárdicos (DP) têm um largo espetro de apresentação clínica, podendo as suas causas dividirem-se em infeciosas/não-infeciosas. Apesar de raro, a infeção por Mycoplasma pneumoniae (MP) pode cursar com envolvimento cardíaco, que pode ocorrer independentemente do envolvimento respiratório tipicamente causado por esta bactéria.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 81 anos, admitido por toracalgia anterior direita pleurítica, com irradiação dorsal ipsilateral e dispneia, com 1 semana de evolução e de agravamento progressivo. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, taquicárdico, polipneico, sem alterações à auscultação cardiopulmonar, com hipocápnia. Analiticamente, tinha elevação dos parâmetros inflamatórios e dos D-dímeros, troponinas não sugestivas de síndrome coronário agudo. A angiotomografia computorizada torácica excluiu embolia pulmonar, mas identificou DP de 11 mm (circunferencial) e bronquiectasias cilíndricas (lobos inferiores). O ecocardiograma não tinha sinais de compromisso hemodinâmico.
Ficou internado para estudo do DP e por suspeita de sobreinfeção das bronquiectasias, sob colchicina e antibioterapia, com evolução favorável. Posteriormente, o estudo etiológico do DP revelou evidência serológica de infeção recente por MP e a repetição do ecocardiograma após 11 dias mostrou resolução completa do DP. Assumiu-se, como diagnóstico presuntivo, DP secundário a infeção por MP.
Discussão: O derrame pericárdico associado à infeção por Mycoplasma pneumoniae é raro. Assim, este caso alerta para a possibilidade deste microorganismo, tipicamente associado a envolvimento respiratório, poder atingir outros sistemas e ser causa potencial de DP. O estudo etiológico de um DP é muito importante, pois permite um tratamento dirigido, eficaz e precoce, com benefícios claros na evolução clínica dos doentes e prevenção de complicações, tais como o tamponamento cardíaco.

PA n.º 0359

Pancreatite aguda alitiásica: uma forma rara de apresentação de Colite Ulcerosa

Daniela Rodrigues(1);Fgomes(1);Rodrigo Rufino(1);Inês p. Carvalho(1);Ruth Feio(1);António Cardoso(1);Alexandra Albuquerque(1);Martinho Fernandes(1);Fátima Campante(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A Colite Ulcerosa (CU) é uma doença inflamatória intestinal (DII) crónica e de mediação imune. Das suas manifestações extraintestinais, a pancreatite aguda, apesar de mais rara do que na Doença de Crohn, pode ocorrer como primeira manifestação.
Caso clínico: Homem de 19 anos, saudável. Apresentou-se com quadro de dor abdominal no hipocôndrio esquerdo, acompanhado de um episódio de diarreia não sanguinolenta, com 3 dias de evolução. Analiticamente a destacar Lipase 1732UI/L e Amilase 530UI/L. Realizou exames de imagem sem alteração da estrutura e morfologia pancreática. Do estudo etiológico foram excluídas hipertrigliceridemia, iatrogenia farmacológica, causas obstrutivas, neoplásicas ou infeciosas, doença a IgG4, abuso de álcool ou tabagismo.
Três meses após alta, apresentou novo episódio de Pancreatite Aguda Alitiásica, com boa evolução clínica. O estudo genético do gene PRSS1 foi negativo.
Cerca de 1 ano após o 1º internamento, é novamente internado por quadro de dor abdominal e diarreia (10 dejeções/dia), acompanhado de vómitos e febre. A tomografia computorizada abdomino-pélvica revelou espessamento parietal do cólon sigmoide até ao ângulo esplénico. Realizou colonoscopia que revelou perda do padrão vascular, eritema, congestão e algumas úlceras desde o reto até meio do transverso, as quais foram biopsadas. O doente teve alta com a biópsia em curso, clinicamente melhorado e mantendo seguimento em consulta. Após conhecimento do resultado positivo para infeção a Citomegalovírus, e antes de iniciar Valganciclovir em ambulatório, é novamente internado por novo agravamento do quadro abdominal. É constatada ainda positividade nas fezes para Clostridium difficile, tendo cumprido terapêutica com Valganciclovir e Vancomicina, com melhoria clínica.
Repetiu em ambulatório nova colonoscopia com biópsia do reto e cólon esquerdo, a qual foi compatível com a hipótese de CU. Sem novos episódios de agudização sob Messalazina, a aguardar início de terapêutica imunomodeladora.
Discussão: Este caso ilustra a importância da investigação etiológica da Pancreatite Aguda, sendo que em até 35% dos casos existe uma causa sistémica. Embora rara, a Pancreatite pode ser a primeira manifestação de DII, e a persistência de dor abdominal associada a diarreia deve aumentar o índice de suspeição deste diagnóstico.

PA n.º 0366

Miopatia com mais de 5 anos de evolução

Déborah Glimm*(1);Liliana r Santos *(Ambos Co-1ºs Autores)(1);Hugo Félix(1);Maria José Pires(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Alexandra Wahnon(1);Ana Carolina Santos(1);Liliia Savka(1);Carolina Carreiro(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: Miosite por corpos de inclusão (MCI) consiste numa rara patologia correspondendo a cerca de 30% das miopatias inflamatórias. Manifesta-se clinicamente por fraqueza lenta e progressiva proximal e distal.
Caso clínico: Mulher de 62 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e/ou medicações prévias, recorre a consulta de Medicina por fraqueza muscular dos membros inferiores (MI) e posteriormente dos membros superiores com predomínio proximal, associada a marcha miopática com múltiplas quedas por “perda de força” com mais de 5 anos de evolução. Apresentava disfagia para sólidos e líquidos, astenia generalizada e perda ponderal não quantificada. Objetivou-se força proximal grau 3, marcha com padrão miopático, sem sinais de fatigabilidade musculo-esquelética. Apresentava elevação da creatina quinase, aldolase, mioglobina, LDH e transaminases. Sorologias infeciosas, doseamentos hormonais, vitamínicos e estudo de autoimunidade incluindo anticorpos associados a miosites - normais. Auto-anticorposanti-SRP e anti-HMGCR - negativos. A eletromiografia evidenciou alterações morfológicas do tipo miopático em especial dos músculos proximais, e sinais de desnervação ativa. A RMN dos MI mostrou exuberante atrofia muscular difusa com substituição adiposa muito acentuada. Biopsia muscular com alterações sugestivas de miopatia inflamatória e favoráveis ao diagnóstico de MCI. Estudo imunocitoquímico com predomínio de linfócitos T (CD3) nos focos inflamatórios e macrófagos: marcação nas fibras em miofagocitose. Foram excluídas neoplasias ocultas por exames endoscópicos e TC Toraco-abdominal. A doente iniciou tratamento com metotrexato 10mg/semana, objectivando-se melhoria da força muscular.
Discussão: Este caso incomum na praxis da Medicina Interna, exemplifica a importância da investigação diagnóstica ininterrupta com realização de diversos exames complementares descartando outras entidades nosológicas até se obter uma identificação patológica ajustada.

PA n.º 0371

Arterite de células gigantes – 10 anos de seguimento no Hospital Beatriz Ângelo

Marina Coelho(1);Ana Rita Marques(1);Joana Vítor(2);Vanessa Silva(2);José Vale(2)
(1) CH Oeste- Torres Vedras (2) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma artrite de vasos de médio e grande calibre, mais frequente no sexo feminino e acima dos 45 anos. As manifestações clínicas e os resultados dos exames complementares são inespecíficos, sendo o diagnóstico muitas vezes desafiante.
Objetivo: Análise retrospetiva das manifestações clínicas, exame objetivo, alterações laboratoriais e exames complementares de diagnóstico de uma população de doentes com o diagnóstico de ACG.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo descritivo de uma população de doentes com a suspeita de ACG com internamento e/ou seguimento em consulta no Hospital Beatriz Ângelo entre 2012 e 2021. Foi feita uma revisão dos processos clínicos de 126 doentes com o código de diagnóstico de ACG, arterite sem outra especificação, arterite cerebral e polimialgia reumática (PR). Incluídos 35 doentes com o diagnóstico de ACG com base nos critérios de diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) revistos em 2016.
Resultados: 35 doentes, 24 mulheres (68.6%) com uma idade média ao diagnóstico de 76.29 anos, mediana de 77 anos (entre 55 e 92), e um tempo médio de sintomas de 72 dias. A cefaleia de novo foi o sintoma mais frequente (n=28; 80%), seguido de diminuição da acuidade visual (n=19; 54.3%), claudicação da mandíbula (n=15; 42.9%), amaurose fugaz (n=12; 34.3%), amaurose permanente precedida de amaurose fugaz (n=6, 17.1%), síndrome de Charles Bonnet (n=2; 5.7%) e diplopia (n=1; 2.9%). 14 (40%) doentes apresentavam concomitantemente PR, 26 (74.3%) com sintomas constitucionais e 8 (22.9%) com febre. 16 (45.7%) doentes tinham palpação da artéria temporal dolorosa e 7 (20%) pulso não palpável. 28 (90%) tinham aumento dos parâmetros inflamatórios, 20 (62.9%) anemia normocítica e normocrómica e 10 (33.3%) trombocitose. 24 doentes (72.7%) realizaram biópsia da artéria temporal, 12 (50%) com infiltrado inflamatório e fragmentação da íntima. 16 doentes (45.7%) realizaram ecografia com estudo doppler da artéria temporal, com achados sugestivos de ACG em 10 (62.5%), sendo que em 2 destes a biópsia foi negativa. Todos os doentes iniciaram corticoterapia, a maioria com prednisolona (n=25; 73.5%) e apenas 5 tinham suspendido tratamento à data do final deste estudo. Objetivou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p<0.001$) entre a média da VS antes do início do tratamento e após, com uma redução significativa da mesma.
Conclusões: No nosso estudo a apresentação clínica da ACG foi heterogénea e inespecífica, sendo as manifestações cranianas as mais frequentes, acompanhadas comumente por sintomas sistémicos. As alterações da artéria temporal ao exame objetivo foram pouco sensíveis, assim como a biópsia e o ecodoppler. Já o aumento dos parâmetros inflamatórios nas análises teve elevada sensibilidade. Esta heterogeneidade clínica e dos exames complementares justifica um diagnóstico tardio, salientando-se a necessidade de uma aplicação estandardizada e mais precoce dos critérios de diagnóstico ACR.

PA n.º 0378

Raoultella planticola, uma causa rara e emergente de bacteriúria: Estudo retrospetivo

Inês de Sousa Martins(1);Mariana Simão de Magalhães(2);Tânia Gaspar(2);Lina Rosário(1);Adília Vicente(2);Rosa Amorim(2)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (2) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Raoultella planticola é uma bactéria gram-negativa aeróbia presente sobretudo no solo e na água. Há poucos casos descritos na literatura de infeção do trato urinário (ITU) por este agente. Porém, dado o seu número crescente, em parte devido à melhoria dos métodos laboratoriais de identificação, mais informação é necessária para melhor sabermos gerir este tipo de infeção.

Objetivo: Avaliar as características demográficas, predisponentes, clínicas, microbiológicas e prognósticas das ITU a R. planticola.

Material e Métodos: Estudo retrospetivo das uroculturas positivas para R. planticola em doentes adultos avaliados no nosso centro hospitalar entre Janeiro/2012 e Abril/2022. Dados colhidos através do processo clínico e analisados através do programa Excel.

Resultados: Foram identificados 31 doentes adultos com urocultura positiva para R. planticola, com idade média de 75,4 ± 10,5 anos, predomínio do género feminino (54,8%, n=17). As infeções nosocomiais representaram 29,0% dos casos (n=9). Os principais fatores de risco foram a alteração estrutural do trato urinário (45,2%, n=14), doença renal crónica (41,9%, n=13), diabetes mellitus (38,7%, n=12), algaliação crónica (29,0%, n=9), antibioterapia prévia (19,4%, n=6), imunodepressão por cancro (16,1%, n=5), institucionalização (12,9%, n=4) e procedimento urológico recente (9,7%, n=3). A maioria manifestou-se com cistite aguda (64,5%, n=20), sendo que 6,5% tiveram bacteriúria assintomática (n=2), 12,9% pielonefrite (n=4), 3,2% sépsis (n=1) e 6,5% choque sético (n=2). Resistência à ampicilina foi encontrada em 90,3% dos casos (n=28). Não foram isoladas estirpes multirresistentes. O antibiótico mais administrado foi amoxicilina/ácido clavulânico (19,4%, n=6), seguido de ciprofloxacina (16,1%, n=5), ceftriaxone (16,1%, n=5) e cefuroxime (12,9%, n=4). Apenas 1 caso teve concomitantemente hemocultura positiva para este agente. Verificaram-se 4 óbitos (12,9%) apesar de antibioterapia dirigida, sendo que em metade dos casos havia doença aguda grave concomitante.

Conclusões: As infeções emergentes por agentes raros são um problema de saúde pública. Na nossa coorte, tal como descrito na literatura, a ITU a R. planticola afetou principalmente pessoas idosas, imunocomprometidas ou com múltiplas comorbilidades, causando geralmente ITU não complicada. Na maioria dos casos houve resistência à ampicilina, o que parece ser uma característica intrínseca da Raoultella spp. Contudo, ao contrário do que já está documentado, a mortalidade na nossa coorte foi ainda significativa, o que poder-se-á dever a doença aguda grave concomitante ou traduzir aumento da patogenicidade do microrganismo. Estudos futuros em coortes conjuntas de maiores dimensões são necessários para confirmar estes dados.

PA n.º 0379

Ascite e derrame pleural... Mais um?

Sara Rodrigues Silva(1);Magda Bento(2);Lúcia Silva(1);Ana Margarida Santos(1);Leonor Gama(1);Artur Gama(1);Henrique Rita(1)
(1) MEDICINA - HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - SANTIAGO DO CACÉM (2) IPO Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose (TB) abdominal é rara nos países desenvolvidos. A sua apresentação clínica e imagiológica pode ser muito inespecífica, sendo essencial um elevado índice de suspeição para o diagnóstico.
Caso Clínico: Mulher de 26 anos, natural dos Camarões, admitida no Serviço de Urgência por quadro de agravamento progressivo de dor abdominal difusa, aumento do perímetro abdominal e sudorese vespertina. Objetivamente apresentava ascite e ausência de murmúrio vesicular à auscultação do terço inferior direito. Do estudo à admissão destaca-se anemia microcítica hipocrómica (Hb 9,7g/dL) e LDH elevada (532UI/L), com evidência imagiológica de derrame pleural direito e ascite, lesão anexial direita inespecífica, adenopatias lomboaórticas e axilar esquerda, assim como áreas nodulares irregulares no grande omento, alterações sugestivas de carcinomatose peritoneal. Internada para estudo etiológico, equacionou-se: neoplasia maligna do ovário vs Síndrome de Meigs, doença linfoproliferativa e etiologias infeciosas (em particular tuberculose). O líquido pleural drenado foi compatível com exsudado (ADA normal), histologicamente sugestivo de linfadenite ou eventual neoplasia linfóide. O líquido ascítico tinha um gradiente albumina sero-ascítico <1.1. Em ambos os líquidos, o CA125 encontrava-se aumentado, tendo sido a PET sugestiva de neoplasia do ovário com secundarização múltipla. Apesar de todo o estudo (que incluiu também punção medular e biópsia óssea, serologias víricas, etc), o diagnóstico final só foi possível após biópsia axilar e peritoneal - linfadenite granulomatosa necrotizante, com isolamento de M. tuberculosis. Com terapêutica dirigida, assistiu-se a melhoria clínica substancial.
Discussão: Este caso foi desafiante e os estudos realizados ao longo do internamento tornaram a sua análise mais difícil. Demonstra quão crítica é a diferenciação entre diversas etiologias e a necessidade de colaboração entre especialidades, para minimizar procedimentos desnecessários e dirigir tratamento.

PA n.º 0381

COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ENTRE DUAS UNIDADES HOSPITALARES

João Ricardo Cordeiro de Campos Faia(1);João Oliveira(1);Miguel Martins(1);Joaquim José Alvarelhão(2);Nino Coelho(1);Jorge Henriques(1);Joana Neves(1);Ana Sofia Martins(1);Susana Cavadas(1);Beatriz Pinheiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Escola Superior de Saúde de Aveiro

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

INTRODUÇÃO
A insuficiência cardíaca (IC) é primeira causa de hospitalização após os 65 anos, nos países industrializados, com taxas de morbilidade e mortalidade elevadas. As Unidades de Hospitalização Domiciliária foram criadas como modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio, por um período transitório, permitindo ao doente receber cuidados na sua própria casa, iguais em qualidad e e quantidade aos prestados no hospital, desde que seja essa a sua vontade e da sua família/cuidador e que reúna critérios clínicos, sociais e geográficos.
OBJETIVO
Comparar a mortalidade dos doentes com IC internados na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) com aqueles internados numa enfermaria do Serviço de Medicina (SM) por não reunirem critérios sociais ou geográficos para admissão na UHD.
MATERIAL E MÉTODOS
Estudo transversal de doentes com diagnóstico de IC admitidos entre março e agosto de 2021 na UHD e no SM. Recolhidos dados sociodemográficos, informação clínica e indicadores relativos à duração do internamento, reinternamento e ocorrência de óbito, até 9 meses após alta.
RESULTADOS
No estudo foram incluídos 120 doentes [feminino, n=63 (52,5%)] com idade entre os 55 anos e os 95 anos (média±dp, 81a10m±8a6m), dos quais 50 (42,0%) pertencentes à UHD. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a idade (p=0,587) ou para o sexo (p=0,643) entre os setores. Todos os doentes apresentaram um Índice de Charlson (CCI) superior a 2, com a mediana a ser mais elevada e estatisticamente significativa (p<0,01) naqueles internados na UHD. No período de análise (internamento e até 9 meses após a alta), os óbitos foram menos frequentes no SM, embora sem significado estatístico (n=16, 22,9% vs n=18, 36,0%; p=0,12), a maioria ocorrendo após a alta hospitalar (n=14, 20,6% vs n=17, 34,7%; p=0,09). Ao longo do tempo a frequência relativa de óbitos foi (SM vs UHD): 1º mês, 8,6% vs 6,0%; 3 meses, 12,9% vs 10,0%; 6 meses, 7,1% vs 8,0%; após os 6 meses, 0% vs 8,0%.
Analisando os processos dos doentes que faleceram após a alta, quanto maior foi a duração do internamento maior a probabilidade de óbito, sendo o Odds Ratio para a duração do internamento de 1,17 (IC95%, 1,07-1,28) nos dois setores.
A taxa de readmissão nos primeiros 30 dias foi mais elevada no SM, embora sem significado estatístico (11,4% vs 8,0%, p=0,54). A taxa de reinternamento aos 6 meses foi superior no SM, igualmente sem significado estatístico (25,7% vs 22%, p=0,64).
CONCLUSÕES
Nos doentes internados por IC, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois setores, para os indicadores considerados neste trabalho.

Assim, a UHD torna-se uma alternativa eficaz e segura ao internamento convencional na gestão dos doentes com IC.

PA n.º 0382

Necrólise epidérmica tóxica: uma iatrogenia potencialmente fatalSíndrome Lyell

Nina Jancar(1);Filipa de Sousa Gonçalves(1);José Gonzaga Duro(1);Inês Pinto(1);Patricio Aguiar(1);Mariana Lessa Simões(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

Introdução: A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é uma doença rara e potencialmente fatal, com incidência de 0.4-1.3 casos/1000000; a principal causa é medicamentosa, sendo o alopurinol, as penicilinas e sulfonamidas, os antiepiléticos e os anti-inflamatórios não esteróides os fármacos mais associados.
Descrição: Mulher de 92 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes tipo 2, insuficiência cardíaca (IC) crónica, fibrilhação auricular paroxística e doença renal crónica, internada por IC crónica agudizada e eritema pruriginoso difuso, envolvendo a palma das mãos e planta dos pés, surgido 48 horas após ciclo de amoxicilina-clavulanato por cistite aguda por E. coli e P. mirabilis. Durante o internamento, verificou-se agravamento do eritema por aumento da sua extensão, poupando apenas a face, evidência de deslocamento epidérmico e epidermólise em > 30% da área de superfície corporal. Admitiu-se o diagnóstico de NET desencadeada pela amoxicilina-clavulanato, tendo sido realizados pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina humana, com melhoria das lesões cutâneas. Todavia, a situação clínica evoluiu desfavoravelmente, por intercorrência de pneumonia nosocomial e insuficiência respiratória refractária, culminando em óbito. A biópsia cutânea revelou infiltrado linfocitário perivascular na derme superficial com eosinófilos intersticiais, compatível com toxidermia.
Conclusão: O diagnóstico da NET é clínico e o seu tratamento é controverso, constituindo as medidas de suporte orgânico e a suspensão de fármacos potencialmente desencadeantes a base do tratamento; são ainda equacionadas terapêuticas imunossupressoras – corticoterapia sistémica, imunoglobulinas intravenosas, ciclosporina, etanercept. Apesar do diagnóstico e início de tratamento precoces, a NET continua associada a mortalidade elevada, sendo o prognóstico determinado pela disrupção da integridade cutânea e complicações associadas – alterações hidroelectrolíticas e sobreinfecção bacteriana.

PA n.º 0389

Polineurite craniana: uma manifestação rara da infeção por SARS-CoV2

Nina Jancar(1);Filipa Gonçalves(1);José Duro(1);Catarina Jacinto Correia(1);Inês Pinto(1);Barbara Queiroz(1);Mariana Belo Nobre(1);Mariana Simões(1);Joana Martins(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O envolvimento do sistema nervoso é cada vez mais reconhecido em doentes com infeção por SARS-CoV2. Embora raramente, pode-se manifestar como mono ou polineurite dos pares cranianos e pode ser um sintoma precoce da infeção.
Descrição:
Doente do sexo masculino, 44 anos, com antecedentes médicos de síndrome depressívo, admitido em regime de internamento por quadro de cefaleia holocraneana e retro-orbitária, acompanhada de tosse com expetoração muco-purulenta e mialgias generalizadas, de agravamento progressivo e, posterior aparecimento de ptose palpebral esquerda e diplopia com a supraversão do olhar. Ao exame objetivo apresentava ptose palpebral esquerda, limitação da supraversão do olhar, diplopia binocular vertical e hipostesia álgica no território dos ramos V1 e V2 do nervo trigémio à esquerda. Da avaliação complementar salientam-se discreta elevação dos parâmetros inflamatórios, pesquisa de SARS-CoV2 no exsudado nasofaríngeo por RT-PCR positiva, exame citoquímico e microbiológico do líquido cefalo-radiquiano (LCR) sem alterações, serologias infeciosas virais e bacterianas no LCR negativas[PA1] , doseamento de imunoglobulinas no LCR sem alterações e sem bandas oligoclonais no LCR ou soro. TC-CE sem alterações relevantes, RM-CE com focos milimétricos de hipersinal em T2/FLAIR na substância branca da alta convexidade frontal direita e região fronto-orbitária bilateralmente, inespecíficos. Não apresentou alterações oculares intrínsecas na avaliação oftalmológica. Após a exclusão de outras etiologias, foi assumido o quadro de polineurite craniana em contexto de infeção a SARS-CoV2, tendo iniciado pulsos de 1g de metilprednisolona durante 5 dias, com posterior resolução do quadro.
Conclusão:
Mono ou polineuropatia dos pares cranianos é uma manifestação da infeção a SARS-CoV2, provavelmente imunomediada, raramente descrita na literatura. Salienta-se a importância de exclusão de infeção de SARS-CoV2 como possível causa de mono ou polineuropatia dos pares cranianos, mesmo em doentes assintomáticos ou com infeção ligeira, uma vez que o tratamento com corticoterapia pode reverter os sintomas.

PA n.º 0393

Síndrome de Ativação Macrofágica na Doença de Still – A importância de um diagnóstico atempado

João Ricardo Cordeiro de Campos Faia(1);Simão Carvalho(1);Inês Pintor(1);Miguel Martins(1);Clara Pinto(1);Ana Paiva(1);Flávio Pereira(1);Ana Sofia Martins(1);Beatriz Pinheiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO
A doença de Still do adulto (DSA) é uma patologia inflamatória, multissistémica de causa idiopática e um diagnóstico de exclusão, obrigando a uma investigação morosa.
CASO CLÍNICO
Mulher, 20 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação relevantes. Quadro de febre com 1 mês de evolução, que cedia ao ibuprofeno, exantema agravado com picos febris e poliartralgias assimétricas de pequenas articulações, migratórias, de ritmo misto. Odinofagia na última semana. Na admissão, febril (38,2ºC), rash maculopapular cor salmão branqueável à digitopressão, hiperemia orofaríngea e adenopatias axilares e inguinais bilaterais. Analiticamente anemia normocrómica, normocítica, elevação dos parâmetros inflamatórios e citocolestase hepática. Internada para esclarecimento etiológico. Autoimunidade, serologias víricas e rastreio séptico sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) de corpo com adenopatias axilares e inguinais bilaterais e hepatosplenomegalia. Tomografia por emissão de positrões com atividade hipermetabólica nas regiões supracitadas. Apresentou agravamento clínico com necessidade de admissão no serviço de Medicina Intensiva onde esteve sob suporte aminérgico e oxigenoterapia de alto fluxo. Analiticamente com anemia, trombocitopenia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia e fibrinogénio diminuído. TC toráx com "densificações em vidro despolido" dispersas. Após estabilização realizou aspirado e biópsia medular e excisão de gânglio inguinal. A destacar presença de hemofagocitose na medula, sem evidência de doença linfoproliferativa ou tuberculose. Perante o referido assumido o diagnóstico de DSA e descompensação clínica em contexto de síndrome de ativação macrofágica (SAM). Iniciada corticoterapia e imunoglobulina com boa resposta clínica e analítica.
DISCUSSÃO
A SAM é uma complicação rara, ameaçadora de vida e muitas vezes subdiagnosticada em doentes com patologia autoimune. A identificação e atuação precoces são fatores-chave para um desfecho favorável.

PA n.º 0416
Febre e hipoxémia - o que pensar?
Nuno Maia Neves(1);Susana Carvalho Coelho(1);Anabela Raimundo(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: As doenças eosinofílicas pulmonares têm diversas etiologias: infecciosas, farmacológicas e doenças do tecido conjuntivo. Na ausência de fator precipitante classificam-se como idiopáticas. A pneumonia eosinofílica aguda caracteriza-se por febre, dispneia e tosse seca com menos de um mês de duração. O lavado bronco-alveolar (LBA) com contagem diferencial de células é essencial ao diagnóstico.
Caso clínico: Mulher de 68 anos, obesa e hipertensa, cronicamente medicada com fluoxetina e montelucast. Apresentou-se no Serviço de Urgência com febre, cansaço de agravamento progressivo e tosse seca com oito dias de evolução. À admissão com oximetria de 96% e fervores crepitantes dispersos à auscultação pulmonar. Analiticamente, com leucocitose neutrofílica, trombocitose e elevação da Proteína C Reativa. Realizou duas pesquisas de SARS-CoV-2, que foram negativas. A tomografia computorizada (TC) de tórax mostrou consolidações parenquimatosas pulmonares bilaterais com broncograma aéreo. Após colheita de exames culturais (negativos) iniciou antibioterapia empírica. No quarto dia de internamento, agravamento clínico com insuficiência respiratória parcial. A angio-TC de tórax excluiu trombo-embolismo pulmonar, mas revelou novos focos de condensação pulmonar bilateralmente e agravamento dos pré-existentes. Concomitantemente, aparecimento de eosinofilia periférica (máximo de 820/mcL). Realizou: 1) broncofibroscopia com LBA e contagem celular diferencial com eosinofilia acentuada (35%); 2) exame bacteriológico, micológico e micobacteriológico do LBA negativos; 3) hemoculturas negativas; 4) estudo de auto-imunidade negativo; 5) doseamento de IgE 468 UI/mL (v. referência <158 UI/mL) e 6) antigénio, IgE e IgG de Aspergillus negativos. Assumida pneumonia eosinofílica aguda, de provável etiologia farmacológica, iniciou prednisolona 60 mg/dia e suspendeu montelucaste e fluoxetina. Houve regressão dos parâmetros de fase aguda, da eosinofilia periférica e da febre. Teve alta verificando-se resolução da sintomatologia.
Discussão: A pneumonia eosinofílica aguda, apesar de rara, pode mimetizar a pneumonia bacteriana ou viral, pelo que é importante incluir esta entidade no seu diagnóstico diferencial, dada a abordagem terapêutica distinta.

PA n.º 0420

Evaluation of the Short Physical Performance Battery in a Geriatric Outpatient Clinic

HEIDI GRUNER(1);Jacinta Laranjeira(2);Margarida Ferreira(2);Sara Nogueira Pinto(2);Marilia Fernandes(1);Rita Alves(1);Maria Saldanha(1);Ana Sebastião(1);Carla Barbosa(1);Ricardo Silva(1);Manuela Barão(1);Catarina Santos(1);Michelle Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central- Consulta Multidisciplinar de Geriatria (2) Faculdade Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Tema: Medicina geriátrica

Introduction: The short physical performance battery (SPPB) has been used as a predictive tool for disability and can aid in the monitoring of function in old age. It is predictive of risk for mortality, nursing home admission, disability and falls. Some studies considered the cutoff of <8 for the diagnosis of sarcopenia (using the EWGSOP1).
Methods: Retrospective descriptive study of the patients that performed the SBPP between march-mai 2022 in the multidisciplinary geriatric outpatient clinic, with review of the clinical electronic file, comparing two SPPB groups using the cutoff 8. Evaluation of age, gender, BMI, handgrip strength, PRISMA7, EQ5D3L number of comorbidities and medications was made, as was TUG, gait speed, and falls.
Results: There were 30 patients included, comparing the groups with the SBPP cutoff <8 / >8, average SBPP was 5,56/10,09. There were 17/13 in each group, of which 13/8 female in each. Average age 83 /76,7 years, average BMI 27,07/ 21,71 and average Handgrip strength 16,3/20,58. The average PRISMA7 was 3,71/1,33 , average number of comorbidities 6.28/5,22 and medications 8.63/6,1. The average TUG 13.12/8,77 and gait speed 6,59/ 3,60.
Discussion: In the small sample, the data concerning the patients with SBPP cutoff <8 was similar to published literature. These patients have higher frailty scores as well as sarcopenia. As expected patients were older, had more comorbidities and medications, also had a higher PRISMA7 score and lower handgrip strength as well as a higher TUG and gait speed.

PA n.º 0423

Diagnóstico tardio de Paraparesia Espástica Hereditária - Um Caso Desafiante

Andreia Henriques(1);Helena Spilker(1);João Durães(1);Sónia Moreira(1);Isabel Fonseca(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As Paraparesias Espásticas Hereditárias (PEH) são um grupo heterogéneo de doenças genéticas raras, com uma prevalência de 1,8 a 9,6 casos por 100 000 habitantes, em que a espasticidade muscular é a principal característica clínica. Existem formas puras e complexas associadas a défices neurológicos e não neurológicos. Têm sido identificados um número crescente de genes, mas mais de 50% permanecem sem diagnóstico molecular.
Caso Clínico: Mulher de 35 anos com dor músculo-esquelética com 9 anos de evolução, inicialmente escapular e pélvica, com generalização e agravamento progressivos, associada a rigidez e contraturas musculares, astenia e prejuízo funcional. Desde a infância com baixa tolerância ao exercício. Medicada com opióides em alta dose, sem resposta. Sem antecedentes familiares de relevo. Objetivamente com dor à mobilização ativa e passiva, limitação dos movimentos dos Membros Superiores (MS) e inferiores (MI), paraparésia G4+, hiperreflexia, clónus aquiliano esgotável bilateral e alteração da propriocepção dos MI. Marcha possível só com apoio. Do estudo realizado destaca-se diminuição dos valores do cortisol, ACTH e DHEA-S, sem outras alterações analíticas, imagiológicas ou eletromiográgicas. Perante a história clínica, exame objetivo e normalidade dos exames colocou-se como hipótese de diagnóstico PEH, e dado os valores Cortisol, ACTH e DHEA-S extremamente baixos, identificou-se também uma insuficiência da suprarrenal secundária aos opióides. Iniciou-se baclofeno, hidrocortisona e diminuiu-se a dose de opiáceos, com franca melhoria clínica e redução da necessidade de apoio na marcha.
Discussão: Assim, pretende-se chamar à atenção para a PEH. A sua heterogeneidade dificulta o diagnóstico precoce, constituindo a história clínica e o exame físico o pilar do diagnóstico, notando que, o abuso de opióides e a refratariedade aos mesmos foi um sinal de alerta.

PA n.º 0426

Hipereosinofilia - um desafio diagnóstico e terapêutico

Nuno Maia Neves(1);Francisco Laranjeira(1);Bernardo Pimentel(1);Susana Carvalho Coelho(1);Anabela Raimundo(1);Paulo Bernardo(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A hipereosinofilia (HE) - eosinófilos >1500/mcL - pode ser secundária a inúmeras condições alérgicas, infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas e cursar, ou não, com lesão de órgão, sendo a abordagem terapêutica e o prognóstico dependentes da etiologia.
Caso Clínico: Homem de 77 anos, sob naproxeno há duas semanas por queixas osteoarticulares, com tosse seca e dispneia com uma semana de evolução. À admissão destacava-se, no exame físico, sons cardíacos hipofonéticos e abolição do murmúrio vesicular no terço inferior bilateralmente. Laboratorialmente apresentava HE (±5000 eosinófilos/mcL) e a TC torácica mostrou várias áreas de hipotransparência algodonosas coalescentes nos lobos superiores, derrame pleural bilateral e derrame pericárdico. Assumida HE com infiltração pleuropulmonar e pericárdica, realizou: 1) ecocardiograma transtorácico e RM cardíaca que confirmaram derrame pericárdico de 20 mm e mostraram boa função sistólica biventricular, a última sem realce tardio pelo gadolínio; 2) broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar com 290 células (58% de eosinófilos), exames microbiológicos negativos, exame citológico sem células neoplásicas e biópsia pulmonar transbrônquica com infiltração eosinofílica massiva do parênquima pulmonar, sem vasculite; 3) ANA e ANCA negativos, proteinograma sérico sem pico monoclonal, IgE e IgG específicas de Aspergillus negativas, IgE total, triptase e B12 dentro dos valores de referência, bem como exame parasitológico das fezes negativo e 4) biópsia osteomedular com aumento do número de eosinófilos, sem atipias e sem rearranjo FIP1L1-PDGFR-α, PDGFR-β ou FGFR1.
Perante a ausência de causas primárias (clonais), e após exclusão de várias causas secundárias de HE, esta foi atribuída ao naproxeno, iniciado uma semana antes do começo da sintomatologia. Sob prednisolona 40 mg/dia, durante um mês, verificou-se melhoria clínica e analítica sustentadas. Seguiu-se desmame lento ao longo de dois meses, sem recidiva após suspensão da corticoterapia.
Discussão: O diagnóstico diferencial da HE é extenso e, sendo esta uma doença rara, torna-se desafiante. A etiologia secundária deve ser ativamente procurada por poder haver tratamento específico que permite evitar o potencial dano tecidual mediado pela infiltração eosinofílica.

PA n.º 0433

Múltiplos tumores num doente com doença Von Recklinghausen

Marina Coelho(1);Carina Rôlo Silvestre(1);Juliana Magalhães(1);Teresa Vilaça(1);Carla Henriques(1);Ana Costa(1)
(1) CH Oeste- Torres Vedras

Tema: Doenças oncológicas

A Neurofibromatose tipo 1 (NF-1) é uma doença autossómica dominante, associada a um risco aumentado de desenvolver tumores benignos e malignos. O envolvimento gastrointestinal (GI) ocorre sobretudo sobre a forma de hiperplasia do plexo nervoso mioentérico e submucoso, tumores do estroma gastrointestinal (GIST) e tumores neuroendócrinos (TNE) periampulares, por vezes associados a feocromocitoma (FEO). Mulher de 53 anos, com história de NF-1, admitida por dor abdominal intensa, vómitos, perda ponderal com 1 semana de evolução e alteração do estado de consciência. Estudo analítico: lesão renal aguda AKIN 3 com alcalémia metabólica grave, anemia microcítica/hipocrómica e ligeira hiperbilirrubinemia conjugada. Identificou-se formação polipóide na papila de Vater, sugestiva de ampuloma, após realização de endoscopia digestiva alta, confirmado por colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM). Submetida a ampulectomia com resultado anatomopatológico de TNE grau 2, com extensão à camada muscular própria, Ki67>3%, cromogramina, sinaptofisina, CK8/K8 e CAM5 positivos. Do restante estudo: aumento da cromogramina A sérica (179.6ng/ml) e das metanefrinas na urina de 24h (Ácido vanilmandelico 10.7mg/24h, metanefrina 1598mcg/24h, normetanefrina 575mcg/24h, metanefrinas totais 2425mcg/24h). CPRM mostrou 2 nódulos adjacentes à suprarrenal (SR) direita, não excluindo a possibilidade de FEO extra adrenais. Tomografia por emissão de positrões (PET) 68-Gálio-DOTANOC e Octreoscan revelaram foco de captação ~2cm na região mesentérica paramediana direita, à altura da SR direita e captação bilateral das SRs. Após 6 meses, CPRM de reavaliação com nódulo de 40mm de novo no segmento jejunal confirmado por PET. Submetida a adrenalectomia direita e resseção segmentar de delgado, cujo resultado anatomopatológico confirmou FEO da SR direita, Ki-67<1%, cromogramina A, sinaptofisina e S100 positivos e GIST da parede jejunal, pT2, com baixo risco de progressão.
Apresentamos este caso de forma a realçar a importância de uma pesquisa minuciosa de tumores, nomeadamente TNE e GIST, cuja a associação está cada vez mais bem estabelecida com a NF-1, principalmente em doente com sintomatologia GI, dado a morbimortalidade associada, embora estejam descritos apenas alguns casos na literatura de ambos em associação.

PA n.º 0442

RABDOMIÓLISE: COMO O EXERCÍCIO PODE MAGOAR

Pedro Amorim Machado(1);Maria João Rocha(1);José Teixeira de Magalhães(1);Ana Filipa Fernandes(1);Gonçalo Varela Cunha(1);Tatiana Pereira Dos Santos(1);Khrystyna Fedak(1);Benilde Barbosa(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Outro

Introdução: A rabdomiólise é caracterizada por necrose muscular, com libertação de constituintes intracelulares para a circulação periférica, com elevação dos níveis de creatinina cinase (CK) que costuma variar entre 1500 – 100000 U/L. Podem estar também presentes mialgias e mioglobinúria. A gravidade da doença varia de assintomática, com elevação dos valores enzimáticos séricos, a doença grave com alterações enzimáticas extremas, distúrbios hidro-electrolíticos e lesão renal aguda.

Caso clínico: Sexo masculino, 24 anos, dirigiu-se ao SU por mialgias bilaterais ao nível das coxas, com limitação do movimento e urina de coloração avermelhada. Referia ainda desconforto hipogástrico e ardor miccional. Tinha feito sessão inicial de treino de CrossFit dois dias antes do início da sintomatologia. Analiticamente: leucocitose (13500) com neutrofilia (11310), AST 1818, ALT 328, LDH 2590, CK 213101; sem outras alterações. A urina apresentava Hb > 1.00, proteínas 200, mioglobina 45 mg/dL. Foi internado para hidratação intensiva e continuação de estudo. A avaliação de patologia autoimune e serologias foi negativa. A electroforese de proteínas não mostrou alterações. Teve melhoria da sintomatologia, com descida dos parâmetros séricos e urinários.

Discussão: Apesar do intervalo de valores para o aumento da CK na rabdomiólise ser alargado, os valores mais observados em estudos de casos encontram-se entre 10000 - 25000 U/L, estando o risco de lesão renal aguda aumentado quando os valores de CK à admissão são superiores a 20000 U/L. Neste caso o doente não teve qualquer tipo de intercorrência durante o internamento, tendo tido uma evolução favorável. No entanto, pelo elevado valor de CK que não foi proporcional ao exercício efetuado, sobretudo num doente jovem e saudável, foi programado estudo de doença metabólica muscular em ambulatório, com agendamento de biópsia muscular se necessário.

PA n.º 0444

Arterite de células gigantes: marcha diagnóstica e terapêutica

Carina Costa e Silva(1);Joana Pinto Ferreira(2);Ana Filipa Santos(2);José Nuno Alves(2)
(1) Hospital Santa Maria Maior (2) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes vasos, mais prevalente no sexo feminino, em idades superiores a 50 anos. A sua etiologia poderá estar relacionada com um processo auto-imune e contemplar fatores genéticos e infeciosos.

Caso Clínico: Mulher de 67 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cefaleias holocranianas persistentes, refratárias à terapêutica analgésica, associadas a claudicação mandibular e perda ponderal com 4 meses de evolução. Hemodinamicamente estável e apirética, apresentava trajeto endurecido das artérias (a.) temporais, com pulso menos amplo e dor ligeira à palpação. Analiticamente com anemia normocítica e velocidade de sedimentação e proteína C reativa elevadas. Por elevada suspeita de ACG, iniciou corticoterapia na dose de 1mg/kg e foi orientada para a consulta. Apresentou melhoria das cefaleias, mas 10 dias depois, iniciou quadro de lentificação, desorientação e dificuldade na marcha, regressando ao SU. Encontrava-se apirética, sem défices neurológicos focais à excepção de uma lentificação psicomotora. A punção lombar mostrou uma hiperproteinorráquia ligeira sendo o exame micro e virulógico negativo. O eletroencefalograma revelou encefalopatia ligeira e disfunção regional frontocentral bilateral. A ressonância magnética apresentava várias lesões isquémicas agudas/subagudas frontais em território fronteira e estriatocapsulares bilaterais e estenose grave das a. carótidas internas, com inflamação associada, pelo que realizou ciclo de metilprednisolona. Realizou biópsia das a. temporais com achados compatíveis com ACG e a tomografia por emissão de positrões excluiu atingimento vasculítico sistémico. Durante o internamento apresentou melhoria lenta e parcial tendo inciado tocilizumab.

Discussão: O diagnóstico de ACG implica um elevado índice de suspeição. Neste caso, ressalva-se a progressão da doença apesar da instituição precoce da corticoterapia.

PA n.º 0446

Amiloidose cardíaca como causa de insuficiência cardíaca

Patricia Baptista(1);Sofia Moura de Azevedo(1);André Dias-Frias(1);Rita Dias(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Amiloidose cardíaca é uma causa rara de cardiomiopatia e corresponde à síndrome clínica associada à deposição de fibrilas de substância amilóide na matriz extracelular do coração. O seu diagnóstico implica um elevado índice de suspeição. As formas mais comuns são a amiloidose de cadeias leves (amiloidose AL) e a amiloidose transtirretina, sendo que esta se divide em wild-type (previamente conhecida como amiloidose senil) e em amiloidose hereditária.
Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 83 anos, com antecedentes de dislipidemia e mielopatia cervical compressiva, referenciado à consulta por clínica de insuficiência cardíaca de novo. Analiticamente com elevação do proBNP e da troponina T e no eletrocardiograma apresentava bloqueio de ramo esquerdo. No ecocardiograma transtorácico descritas hipertrofia ventricular esquerda concêntrica de grau moderado, de predomínio septal e acinésia das paredes inferior e posterior do ventrículo esquerdo (VE), com depressão ligeira da fração de ejeção do VE. Cateterismo cardíaco sem alterações. Cintigrafia óssea com DPD a descrever captação anormal e significativamente aumentada do radiofármaco no miocárdio - grau 3. Imunoeletroferese sérica e urinária de proteínas, incluindo cadeias leves, sem alterações. Biópsia de gordura abdominal sem depósitos de material amiloide. Teste genético negativo.
Discussão: A elevada captação do radiofármaco - grau 3 - na cintigrafia, na ausência de alterações da imunoeletroforese sérica e urinária de proteínas, é altamente específica de amiloidose transtirretina, mesmo na ausência de confirmação na biópsia. Neste caso, dado o teste genético negativo, trata-se de amiloidose transtirretina wild-type. Os autores destacam este caso pela importância do reconhecimento e diagnóstico precoce da amiloidose cardíaca dadas as implicações que pode representar no tratamento, prognóstico e eventualmente na descendência futura.

PA n.º 0459

Micobacteriose atípica disseminada - o outro lado da terapêutica biológica

Nuno Maia Neves(1);Rita Sérvio(2);Salomão Fernandes(2);Raquel Tavares(2);Ana Rita Silva(2);Inês Leitão(2);Paulo Rodrigues(2)
(1) Hospital da Luz Lisboa (2) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os agentes anti-TNFα, em associação com um imunomodulador, representam uma das primeiras linhas da terapêutica de indução da Doença de Crohn moderada a grave. Contudo o risco de reativação de infeções latentes e de infeções oportunistas é uma realidade a ter em conta antes do seu início, sendo crucial a instituição das profilaxias necessárias.
Caso Clínico: Mulher de 26 anos, com Doença de Crohn ileocólica fistulizante, sob azatioprina e infliximab há 5 meses, com febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal de 6%, tosse e dor abdominal com um mês de evolução. À admissão, febril e com dor abdominal difusa à palpação, sem defesa. Analiticamente com anemia normocítica e normocrómica (Hb 11 g/dL), leucopénia (3650/mcL), LDH 458 UI/L (VR 85-227 UI/L) e PCR 11 mg/dL (VR <0,60 mg/dL). A destacar IGRA negativo previamente ao início da imunossupressão. Realizou: 1) TC torácica e abdominal que documentou adenomegálias mediastínicas necróticas, micronodularidade pulmonar com padrão de distribuição hematogénico e micronodularidade esplénica difusa sugerindo microabcessos; 2) broncofibroscopia com exame bacteriológico, micológico e direto de micobactérias negativos no lavado bronco-alveolar (LBA) e secreções, bem como ADN de M. tuberculosis não detectável; 3) punção ganglionar transbrônquica guiada por eco-endoscopia brônquica (4R) com os mesmos estudos microbiológicos negativos; 4) hemoculturas seriadas e mieloculturas (incluíndo para micobactérias) negativas e 5) IGRA positivo. Assumida tuberculose disseminada suspendeu terapêutica imunossupressora e iniciou HRZE. Identificação, subsequente, de Mycobacterium avium no LBA, secreções brônquicas e gânglio mediastínico puncionado, traduzindo micobacteriose atípica disseminada e adicionando-se claritromicina. Verificou-se agravamento da Doença de Crohn, sendo proposta para resseção ileocecal.
Discussão: Embora a terapêutica biológica seja uma mais-valia no tratamento de diversas doenças auto-imunes, o seu espetro de ação estende-se para além da supressão da atividade inflamatória deletéria ao indivíduo de que delas padece, colocando-o em risco de uma panóplia de infeções que importa conhecer, de forma a antever e tratá-las precocemente.

PA n.º 0461

Anemia ferropénica em mulher jovem, uma etiologia pouco comum

Ana Correia de sá(1);Magda Costa(1);Helena Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças hematológicas

A anemia ferropénica tem como principais etiologias a ingestão dietética insuficiente, a absorção reduzida e as perdas hemáticas. Em mulheres em idade fértil a principal etiologia é ginecológica, associada a metrorragias. Apresentamos o caso de uma mulher de 27 anos, avaliada em consulta de Medicina Interna por anemia ferropénica sintomática, com endoscopia alta e colonoscopia aos 26 anos sem alterações. Negava restrições dietéticas, insuficiente aporte dietético, perdas hemáticas intestinais objetiváveis ou cataménios abundantes. Do estudo analítico realizado documentada hemoglobina de 12,8g/dL com défice de ferro - ferritina de 9 e saturação de transferrina de 28%. Apresentava tonturas e astenia, com necessidade de uma sessão de suplementação de ferro endovenosa por intolerância gastrointestinal a suplementação oral. Realizou cápsula do delgado que revelou a nível do jejuno um abaulamento da parede, recoberto de mucosa edemaciada com áreas ulceradas, levantando a hipótese de neoplasia ou áreas de inflamação. Prosseguiu estudo com enteroressonância que revelou nas primeiras ansas jejunais uma estrutura polipóide de 25mm, com projeção endoluminal, sem aparente extensão extraluminal. Assim proposta para enteroscopia que revelou pólipo pediculado de 35mm, extraído e enviado para anatomia patológica. A histologia foi compatível com o diagnóstico de pólipo hamartomatoso (Peutz-Jeghers?) com a presença concomitante de pequenos focos associados de displasia de baixo grau (displasia leve) de arquitetura tubular. Após a polipectomia, resolução da anemia e ferropenia. Realizou estudo genético e enteroscopia de controlo que não revelaram presença de tecido residual. O síndrome de Peutz-Jeghers é raro, autossómico dominante, associado a uma risco aumentado de cancro gastrointestinal e outros. Alertamos para este caso clínico pela etiologia peculiar, com necessidade de estudo etiológico exaustivo, numa mulher jovem.

PA n.º 0468

Lupus eritematoso sistémico: Um puzzle autoimune

Eulália Antunes(1);Joana Lopes(1);Maurício Peixoto(1);Rui Jorge Silva(1);Bruno Sousa(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Lupus eritematoso sistémico (LES) é uma doença autoimune sistémica, na qual 40% dos doentes apresentam anticorpos anti-fosfolipídeos, mas o desenvolvimento de Síndrome anti fosfolipídica (SAAF) é bem mais raro.
Mulher, 60 anos, antecedentes de prótese biológica aórtica e B-talassemia associada a crises hemolíticas. Com internamentos recentes em Cardiologia por suspeita de Endocardite, com vegetação presente em ecocardiograma, mas hemoculturas (HC) negativas, e em Medicina Interna por enfarte esplénico e positividade de anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anticorpo antinuclear (ANA) sendo iniciada hipocoagulação. Novo internamento por febre e perda ponderal de 9kg em 4meses, associado a anemia com necessidade transfusional. Ao exame físico com petéquias e eritema nodoso nos membros inferiores. O estudo analítico mostrou hemólise e teste de Coombs positivo. Estudo imunológico com consumo de complemento, hipergamaglobulinémia e positividade para ANA, fator reumatoide, anticoagulante lúpico e crioglobulinas, e títulos de IgM e IgG elevados de anticorpos anticardiolipina, antifosfolipídio e anti beta-2-glicoproteína. Presença de eritrócitos dismórficos na urina. Apresentava contato prévio com parvovírus e citomegalovírus, restantes serologias víricas negativas. Dada positividade seriada dos anticorpos mencionados e presença de trombose esplénica, assumido diagnóstico de SAAF secundário a LES, tendo iniciado prednisolona 1mg/kg/dia, com estabilização clínica. Pela história de endocardite repetiu HC que foram negativas ao 21ºdia e o ecocardiograma já sem imagens de vegetação, levantando a suspeita de endocardite Liebman-Sacks, corroborando o diagnóstico de LES. Iniciou posteriormente hidroxicloroquina com elevação da hemoglobina, mantendo vigilância em consulta.
Sendo o LES uma doença sistémica, o seu diagnóstico é sempre um desafio. Este caso evidencia uma rara apresentação desta patologia não só por se apresentar sob a forma de SAAF mas também pela presença da endocardite Liebman-Sacks.

PA n.º 0480

Abordagem de úlceras cutâneas em doentes hospitalizados no Serviço de Medicina Interna

Eulália Antunes(1);Sofia Barros(2);Carlos Capela(1)
(1) Hospital de Braga (2) Escola de Medicina da Universidade do Minho

Tema: Outro

Introdução: Apesar do enorme progresso na deteção, tratamento precoce e prevenção de úlceras cutâneas (UC), a sua prevalência a nível hospitalar continua elevada. O objetivo deste trabalho é perceber melhor a magnitude deste problema no serviço de Medicina Interna (MI) e tentar enquadrar as práticas recomendadas com a clínica e levantar novas questões sobre a abordagem da UC em ambiente hospitalar.
Métodos: Estudo de coorte prospetivo, observacional e analítico, que incluiu 99 doentes com diagnóstico principal ou associado de UC, dos 440 internados no Serviço de MI, entre agosto e outubro de 2021. Realizou-se análise descritiva dos dados e testes de associação entre as variáveis, com significância quando p <0,05.
Resultados: A prevalência pontual de doentes com UC neste serviço foi de 22.5%. Praticamente todas as UC identificadas foram úlceras de pressão e a maioria dos doentes apresentava múltiplas úlceras, sendo o local mais frequentemente identificado o sacro. Na maioria dos doentes não foi feita pesquisa dos microrganismos presentes na úlcera e em apenas uma úlcera foi caracterizado o perfil de sensibilidade/resistência do microrganismo isolado. Cinco úlceras resultaram em infeção local, sendo que em nenhum doente se verificou infeção sistémica associada. Relativamente ao tratamento decidido no momento de seleção inicial do doente, a maioria das úlceras foram tratadas com ácidos gordos hiperoxigenados e antisséptico tópico. Três úlceras necessitaram de antibioterapia local e quatro doentes foram tratados com antibioterapia sistémica empírica.
Conclusões: A prevenção de UC, através da gestão de vários fatores de risco (modificáveis ??e não modificáveis), constitui o passo mais importante na sua gestão. Apesar de todos os esforços, podem desenvolver-se se estiverem presentes apenas alguns fatores de risco, pelo que tratamento adequado é necessário para conforto do paciente e diminuição do risco de infeção. Este estudo corrobora a necessidade de desenvolver e implementar medidas preventivas holísticas e inovações no tratamento de feridas e controlo de infeção.

PA n.º 0486
Uma MALA nunca vem só

ANDREIA SALGADINHO MACHADO(1);Bruno Freitas(1);Pedro Ferreira(1);Antony Dionísio(1);Marta Roldão(1);Marta Anastácio(1);João Carlos Oliveira(1);Francisca Dâmaso(1);Margarida Ribeiro(1);Inês Araújo(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A acidose láctica associada à metformina (MALA) é uma efeito adverso raro mas letal em doentes com disfunção renal. Segundo um estudo, a acumulação do fármaco, condicionada pela redução da depuração renal, pode suprimir a gluconeogenese, com consequente cetoacidose euglicémica (CADE). Trata-se de um diagnóstico raro, com elevada taxa de mortalidade e que requer elevado índice de suspeita.
Mulher de 65 anos, diabética tipo 2 não insulino-tratada há cerca de 8 anos, medicada com sitagliptina e metformina. Recorrreu ao Serviço de Urgência por fraqueza, náuseas, vómitos e oligúria com 2 dias de evolução. ureia 214 mg/dL, creatinina 6,91 mg/dL (creatinina basal 1,22mg/dL) e hipercaliemia 8,1 mmol/L. Na gasimetria arterial com pH 7,04, paCO2 20 mmHg, paO2 112 mmHg, HCO3- 5,4 mmol/L, gap aniónico 42 mmol/L e lactato 13,9 mmol/L. A destacar ainda glicemia 154 mg/dL e cetonemia 6 mmol/L. Assumida MALA e CADE, tendo realizado hidratação vigorosa com soro dextrosado, bólus de bicarbonato e perfusão de insulina, sem melhoria do quadro. Admitida em Unidade de Cuidados Intensivos onde foi iniciada técnica de substituição renal (TSR). Evoluiu com normalização do pH, descida do lactato, elevação do bicarbonato. Por cetonemia indoseável foi suspensa a perfusão de insulina e iniciada insulina intermédia em bólus, com controlo glicémico adequado. Transferida para o servico de Medicina Interna, mantendo diurese adequada e regularização da função renal.
Atendendo à história clinica detalhada e parâmetros analíticos foi possível assumir prentoriamente o diagnóstico de MALA nesta doente. A suspeita de CADE, sugerida pela elevação do gap aniónico, foi confirmada pela doseamento da cetonemia. O ocorrência destas duas entidades em paralelo é incomum e como tal representa elevado desafio diagnóstico, motivo pelo qual os autores divulgaram este caso clínico de sucesso.

PA n.º 0489
O homem das 1001 pústulas
Francisco Soares Laranjeira(1);Margarida Leitão Nascimento(1);Filipa Rocha(1);Filipa Malheiro(1);Esmeralda Vale(1);Ana Ferreira(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças raras

Introdução: A pustulose generalizada exantemática aguda (PGEA) é uma entidade rara que se caracteriza por febre associada ao aparecimento súbito de lesões eritematosas, sobre as quais se desenvolvem múltiplas pústulas estéreis, não foliculares. Cerca de 90% dos casos são induzidos por fármacos, sendo os antibióticos (penicilinas e macrólidos) os mais frequentemente envolvidos.
Caso Clínico: Homem de 44 anos, saudável, que iniciou flucloxacilina para tratamento de furúnculo, e que após três dias, desenvolveu lesões eritematosas múltiplas edemaciadas, com generalização progressiva a todo tegumento e sobre as quais surgiram múltiplas pústulas não-foliculares, de pequenas dimensões, bem como enantema na mucosa palatina. No exame objetivo, para além das lesões cutâneas destacava-se a presença de febre e adenopatias palpáveis cervicais, inguinais e axilares. Laboratorialmente com aumento dos parâmetros de inflamação aguda e lesão renal aguda.
Perante as características do exantema, febre e relação com início de aminopenicilinas, foi colocada hipótese de PGEA. Realizou biópsia cutânea que revelou pústulas subcórneas e da epiderme superficial, com focos de espongiose, edema papilar e infiltrado perivascular polimorfo com eosinófilos, aspetos que confirmaram o diagnóstico clínico. Perante a extensão cutânea, presença de adenopatias e disfunção renal, foi medicado com prednisolona 1mg/Kg/dia. O doente evoluiu favoravelmente com regressão das lesões e teve alta sob corticoterapia. Consulta de follow-up ao fim de um mês com resolução total das lesões cutâneas.
Discussão: Embora constitua uma condição rara, a hipótese de PGEA deve ser considerada em quadros agudos febris com pústulas disseminadas. Resolve espontaneamente após a descontinuação do fármaco agressor, sendo o diagnóstico baseado na clínica e na biópsia cutânea. A corticoterapia não é obrigatória, porém é frequentemente utilizada dada a exuberância clínica, na tentativa de induzir uma melhoria mais rápida.

PA n.º 0494

Uma manifestação inaugural atípica de Linfoma não Hodgkin

Francisco Soares Laranjeira(1);Nuno Maia Das Neves(1);Anabela Raimundo(1);Catalina Gomez(1);Fernando Martelo(1);Manuela Mafra(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O quilotórax é uma causa rara e grave de derrame pleural. Mais frequentemente iatrogénico após cirurgia torácica, as causas não traumáticas são raras, sendo a doença linfoproliferativa responsável por 70% destes.
Caso Clínico: Homem, 67 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por cansaço, sudorese noturna e aumento do volume abdominal com duas semanas de evolução. Negava febre ou perda ponderal. À admissão com murmúrio vesicular abolido na metade inferior do campo pulmonar direito e massa palpável no flanco homolateral, de consistência dura, indolor, móvel e não pulsátil. Analiticamente sem alterações, tendo a radiografia torácica revelado extenso derrame pleural direito.
Para estudo etiológico, realizou toracocentese com drenagem de líquido de aspeto leitoso, cuja análise citoquímica confirmou quilotórax e a citologia mostrou células linfocíticas atípicas sugestivas de células de doença linfoproliferativa. A Tomografia Computorizada (TC) abdominal e pélvica mostrou volumosa lesão tecidular infiltrativa envolvendo o mesentério, grande epíploon e folhetos peritoneais, com imagens nodulares sugerindo linfomatose peritoneal. Efetuada biópsia das lesões peritoneais guiada por TC que mostrou Linfoma não Hodgkin de células B, folicular de baixo grau, assim como a biópsia osteomedular. Por drenagem >1000 mL/dia, iniciou octreótido, dieta hipolipídica e hiperproteica e mais tarde pulsos de metilprednisolona com diminuição progressiva do quilotórax. Completou 6 ciclos de imunoquimioterapia com rituximab e bendamustina, com boa resposta e resolução total do quilotórax. Atualmente sob manutenção com rituximab.
Discussão: A associação entre linfoma e derrame pleural não é incomum, no entanto, a sua apresentação inaugural como quilotórax é muito rara, podendo neste caso, dever-se a provável compressão ou invasão do ducto torácico pela volumosa massa abdominal. O impacto do quilotórax no prognóstico específico do linfoma é, ainda, muito incerto.

PA n.º 0512

Poliarterite nodosa secundária a infeção por Salmonella

Mauro Gomes Marques(1);Patrícia Alves(1);Ana Rita Freire(1);Pedro Neves Tavares(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A poliarterite nodosa é uma vasculite necrotizante que atinge artérias de médio calibre e ocasionalmente pequenas artérias. Pode ter envolvimento multissistémico, nomeadamente cutâneo, neurológico, gastrointestinal, renal, muscular e articular. A maioria dos casos são idiopáticos, mas alguns são secundários a infeções (sobretudo hepatite B), neoplasias, doenças autoimunes ou mutações genéticas.
Caso clínico: Homem de 72 anos recorreu ao serviço de urgência por febre e diarreia com quatro dias de evolução. Analiticamente com elevação de parâmetros inflamatórios (leucocitose 12.200/mm3, neutrofilia 10.800/mm3, PCR 95 mg/L) e lesão renal aguda (creatinina 7.34 mg/dL). Evoluiu com disfunção multiorgânica tendo necessitado de suporte aminérgico e hemodiálise. As hemoculturas isolaram Salmonella typhi e cumpriu-se ciclo de ciprofloxacina conforme o antibiograma. A evolução foi favorável com recuperação completa na alta. Em consulta de avaliação três semanas após a alta, o doente referia dor testicular e perda ponderal de 5 kg nas duas semanas prévias. Objetivamente apresentava lesões purpúricas, erupções bolhosas, úlceras e áreas necróticas nos membros inferiores. O estudo de autoimunidade e as serologias de hepatites e VIH foram negativos. A biópsia cutânea revelou focos de vasculite necrotizante com infiltrado polimorfonuclear nas artérias da derme profunda e hipoderme, aspetos compatíveis com poliarterite nodosa. O doente iniciou corticoterapia com 60 mg/dia de prednisolona em desmame progressivo, registando recuperação clínica total.
Discussão: Apesar de raro, o papel da Salmonella como trigger de poliarterite nodosa resulta da interação da bactéria com as placas de Peyer intestinais, induzindo uma resposta imune com produção de imunoglobulinas e deposição de imunocomplexos na parede arterial. A suspeição clínica, assente na relação temporal entre a infeção e as manifestações vasculíticas, permitiu uma abordagem diagnóstica e terapêutica eficazes.

PA n.º 0517

"Afinal não era só insuficiência cardíaca", a propósito de um caso

Francisco Soares Laranjeira(1);Anabela Raimundo(1);Daniel Macedo(1);Pedro Morais Sarmento(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O sistema endócrino é essencial para a saúde cardiovascular, sendo os distúrbios endócrinos, um importante fator de descompensação da doença cardíaca. O não reconhecimento da sua presença pode resultar em uma elevada morbimortalidade dos doentes.
Caso Clínico: Homem de 79 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, hipertensão arterial e obesidade, admitido por insuficiência cardíaca (IC) aguda inaugural. Realizou ecocardiograma transtorácico que revelou ventrículo esquerdo dilatado com fração de ejeção 40% por hipocinésia difusa. Do estudo do doente, documentado hipotiroidismo central (valores TSH, FT4 e FT3 baixos) que se admitiu como fator descompensador e causador da hipocinesia. Nesse sentido, para esclarecimento etiológico, realizou ressonância magnética da sela turca que revelou macroadenoma hipofisário. Os doseamentos endocrinológicos do restante eixo hipotálamo-hipofisário, evidenciaram hipercortisolismo central (ACTH e cortisol ambos altos) e redução dos níveis das restantes hormonas (LH, FSH, testosterona, prolactina). A hipersecreção de ACTH foi confirmada pela prova de supressão com dexametasona, admitindo-se então, doença de Cushing por macroadenoma hipersecretor e hipopituitarismo secundário ao efeito massa que o macroadenoma condicionava. O doente evolui favoravelmente sob reposição hormonal com levotiroxina, diurético e titulação da terapêutica modificadora de prognóstico para IC. Teve alta referenciado à consulta de Endocrinologia com o plano de eventual hipofisectomia transfenoidal.
Discussão: Apesar de não ser incomum a disfunção endócrina como causa de disfunção cardíaca, IC é uma complicação rara, tendo um prognóstico desfavorável no hipopituitarismo não tratado. A principal arma terapêutica do tratamento desta IC consiste na reversão da disfunção endócrina seja por meios médicos, cirúrgicos ou ambos. Não obstante devemos manter as restantes atitudes terapêuticas da disfunção cardíaca com as armas que temos ao dispor.

PA n.º 0542

NURSE LED PATIENT EDUCATION IN A MULTIDISCIPLINARY GERIATRIC OUTPATIENT CLINIC

HEIDI GRUNER(1);Carla Barbosa(2);Carla Gonçalves(2);Manuela Barão(2);Manuela Campos(2);Maria Saldanha(2);Ricardo Silva(2);Ana Sebastiao(2);Catarina Santos(2);Rita Alves(2);Marilia Fernandes(2);Andre Bargas(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (2) Consulta Multidisciplinar de Geriatria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Tema: Medicina geriátrica

Introduction: In the multidisciplinary Geriatric Clinic (MGC), the comprehensive geriatric assessment identifies medical, social and functional needs allowing the development of an integrated multidisciplinary care plan to meet the need. The nurses provide individualized care plans that aim to increase empowerment and self-awareness as well as reducing readmissions and unnecessary costs.
Objectives: We measured nurses activities concerning patient education in diabetes and hypertension using standard information. We also measured, education regarding two geriatric syndromes; dementia and falls using targeted leaflets.
Methods: A Retrospective descriptive analysis of the patients admitted to the MGC that underwent nurses care plans, was carried out. These were characterized concerning gender, age, MNA, Lawton Brody, PRISMA7, GDS, number of diseases and medication prescribed.
Results: Of the 152 patients, the average age was 82,64years and 63% (n=89) were female and the average IMC 26,8 (average height 1,59m). The PRISMA7 score was 3,49 and Lawton Brody5,09 the average number of comorbidities 6,05 and the patients were taking an average of 7,2 medications. The education rendered concerning falls was given to 41 patients (of which 25 used walking aids) that had a higher average PRISMA7 of 4,1, average diseases 6,1 and medications8,12. Concerning Dementia, there were 13 caretakers and patients targeted with an average age 84,7 years, an average PRISMA7 of 5 and lowest Lawton Brody of 2,6. Patents with Diabetes were 32 (with an average of 9 medications) and hypertension 78 (average of 4,5 medications).
Conclusion: In order to have a proactive role in their own care, patients need to understand their condition and work to prevent and minimize complications from chronic illnesses. Patient education needs to be comprehensive and easily understood.

PA n.º 0544

Encefalite límbica – uma causa rara de alterações cognitivo-comportamentais

Inês sf da Silva(1);Ryan Costa Silva(1);Diogo Rosa Ferreira(1);Tânia Vassalo(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A encefalite límbica (EL) caracteriza-se por um processo inflamatório das estruturas do sistema límbico, podendo ser viral ou autoimune, sendo que a última pode ser ou não paraneoplásica. Manifesta-se por alterações agudas/subagudas do humor e comportamento, alterações mnésicas a curto prazo e crises parciais complexas que se desenvolvem em dias a meses, sendo uma causa de demência rapidamente progressiva potencialmente tratável. A encefalite anti-glutamic acid decarboxylase (GAD) é uma forma rara de encefalite autoimune.
Caso clínico: Homem, 79 anos, professor catedrático, sem doenças ou medicação habitual. Alterações comportamentais e de memória com 3 meses de evolução (vivia no carro). Punção lombar com líquido céfalo-raquidiano (LCR) sugestivo de encefalite (LCR células 7.2/mm3, proteínas 57mg/dL, glicose 60mg/dL, cultura negativa, pesquisa de vírus herpes e serologia sífilis e Lyme negativas). RM de crânio com ligeiro hipersinal T2 FLAIR do córtex uncal e insular à esquerda e hipocampo ipsilateral. Pesquisa de anticorpos antineuronais GAD positivos no soro (++) e LCR (++), bandas oligoclonais negativas. PSA total 7,43µg/L, livre 1,39µg/L. RM pélvica com lesão inespecífica de 11mm na próstata periférica, PET sem captações anómalas. Fez 3 dias de metilprednisolona 1g e passou a prednisolona + azatioprina. É atualmente seguido em consulta.
Discussão: EL autoimune é um diagnóstico a considerar quando existem alterações cognitivo-comportamentais que podem sugerir demência rapidamente progressiva, uma vez que apesar de ser uma causa rara é potencialmente tratável.

PA n.º 0546

Um caso de artrite associada a doença de Lyme

Inês S.F. da Silva(1);Ryan Costa Silva(1);Catarina Gregório(1);Tânia Vassalo(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Doença de Lyme (DL) é uma zoonose causada por bactérias do complexo Borrelia burgdorferi sensu lato transmitidas por mordedura de carraça. Na Europa ocorrem 65 000 casos/ano, sendo uma doença endémica na Europa Central e de baixa prevalência em Portugal (3,3-7,3%). As manifestações clínicas são variadas, categorizando-se em doença inicial (DI) localizada, DI disseminada ou doença tardia (DT). A artrite de Lyme é uma manifestação de DT, ocorrendo meses a anos após o início da infeção e não necessitando de ser precedida de DI. As manifestações de DT são menos comuns uma vez que a maioria dos doentes é tratado na fase inicial.
Caso clínico: Homem, 19 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há 4 anos. Antecedentes de asma e herpes genital recorrente, sem medicação habitual. Admitido por febre, odinofagia, edema, calor, rubor e dor da articulação tibiotársica esquerda e face interna do pé esquerdo, astenia, perda ponderal não quantificada, sudorese noturna, adenopatias cervicais e episódio de olho vermelho bilateral auto-limitado. VS 40mm, PCR 2,6mg/dL, fator reumatóide e anti-CCP negativos. Hemoculturas, coprocultura, IGRA e autoimunidade negativos, serologias (brucelose, chlamydia trachomatis, adenovírus, parvovírus) negativas, pesquisa de Neisseria gonorrhoeae negativa, sem componente monoclonal em imunofixação sérica e urinária, sem hipocomplementémia. Ecocardiograma transtorácico e TC de corpo sem alterações. Sem alterações oftalmológicas. Serologia DL IgM+ (25UA/mL) e IgG negativa (5UA/mL), após 4 semanas IgM+ (190UA/mL) e IgG negativa (5UA/mL). Western Blot DL IgM+ e IgG negativo. Cumpriu 3 meses de doxiciclina com resolução sintomática e laboratorial.
Discussão: O caso pretende salientar a DL como causa pouco frequente de artrite, principalmente em Portugal, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial de mono/oligoartrite se a história clínica for compatível.

PA n.º 0552

Persistent lactic acidosis in a rare cause of glycogenic hepatopathy: Mauriac Syndrome

Maria José Marques Churro Nunes Pires(1);Ana Carolina Santos(1);Alexandra Wahnon(1);Hugo Félix(1);Pedro Figueiredo(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Liliia Savka(1);Raquel Flores(2);Carolina Carreiro(1);Liliana r Santos(1);Frederico Amaral Trigueiros(1);Ana Coelho Gomes(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introduction
Mauriac Syndrome (MS) is an underdiagnosed and rare complication of poorly controlled type 1 diabetes mellitus (T1DM). Hepatomegaly is a typical sign and appears in the majority of affected patients.
Glycogenic hepatopathy (GH) should be distinguished from nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) as a cause of hepatomegaly and liver functional abnormalities in T1DM, as they have different therapeutic approaches and prognosis.
The authors describe a case of lactic acidosis that persisted after ketoacidosis resolution in a female with poorly controlled T1DM, hepatomegaly and GH diagnosed 4 years before by liver biopsy.
Case description
A 21-year-old female diagnosed with T1DM at the age of 7 and poorly controled, was admitted in the emergency room with right upper quadrant abdominal pain, nausea and vomiting beginning within 6 days of admission. This condition was associated with mild abdominal pain during the last 4 months.
Physical examination showed a protuberant abdomen, tenderness over the hepatic area and liver enlargement, with no other relevant findings. No jaundice, splenomegaly, declivous oedema or ascites were noted.
Results of abdomen ultrasonography and computed tomography scan were compatible with enlarged liver with 21 cm (midclavicular line).
A DKA was diagnosed by lab results and treated by protocol. However, arterial blood assessment highlighted a constant lactic acidosis regardless of insulin and dextrose infusion and the patient had elevated liver analysis and persistent hyperlactacidaemia despite DKA resolution.
The patient left the hospital with a basal prandial insulin schema and was discharged oriented for consultation in Endocrinology, Internal Medicine, Nutrition and Psychology.
Discussion
MS diagnosis is a challenge and lactic acidosis can be exacerbated by high doses of insulin and glucose treatment, as seen during the DKA management.
We established the diagnosis of MS in the clinical context of previous diagnosis of GH by liver biopsy based on the presence of long-term decompensated T1DM, hepatomegaly, increased transaminases and prolonged lactic acidosis.
Although liver biopsy is the gold standard for the final diagnosis of GH, non-invasive methods, including the measurement of the serum lactate levels are expected to be established in the near feature.

PA n.º 0560

Quando pensar em Vasculite ANCA? - A propósito de um caso clínico

ANA CARVOEIRO(1);Joana Dias(2);Vitória Faria(2);Patricia Sobrosa(1);Anita Cunha(1);Ana Raquel Afonso(1);Alexandra Esteves(1);Ana Ventura(2);Clara Almeida(2)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia (2) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A vasculite associada a anticorpos anticitoplasma do neutrófilo (ANCA) atinge maioritariamente os pequenos vasos, definindo-se como vasculite necrotizante, com poucos ou nenhuns depósitos imunes. A gravidade varia desde o acometimento de um único órgão, à ocorrência de casos graves com acometimento sistémico e falência multiorgânica. CASO CLÍNICO: Homem 66 com antecedentes de HTA controlada, dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata. Com função renal normal e hemoglobina (HB) habitual de 16g/dL. Sintomas constitucionais com 1 mês de evolução, com perda ponderal de > 10% do peso habitual. Recorreu ao SU por agravamento dos sintomas e surgimento de dor abdominal difusa e diarreia autolimitada. Ao exame objetivo, de relevar palidez cutânea e das mucosas, desidratação e TA de 170/100mmHG. Ao estudo complementar, anemia normocítica normocrómica (Hb 10g/dL), creatinina de 4.7mg/dL, ureia de 300mg/dL Ao sedimento urinário com hematoproteinuria (32 eritrócitos por campo e proteínas 250-650mg/dL). Estudo imagiológico excluiu etiologia obstrutiva. Assumida LRA/LRRP não oligúrica, com hematoproteinúria e anemia. Do estudo realizado com títulos para ANCA - MPO de 176 RU/ml, com anticorpo anti membrana basal negativo, sem consumo de complemento, razão K/l nas cadeias leves livres normal, sem alterações à imunoeletroforese de proteínas. Diagnosticada vasculite ANCA – MPO, cumprindo 3 pulsos de metilprednisolona e ciclofosfamida. Biópsia renal revelou glomerulonefrite crescêntica pauci-imune, com imunofluorescência compatível com vasculite ANCA (classe esclerótica). Evoluiu com estabilidade clínica, à data de alta com pCreat de 3.9mg/dL.DISCUSSÃO: O diagnóstico precoce e o início rápido de tratamento efetivo são fatores determinantes no prognóstico de doentes com vasculite ANCA. O caso torna-se de particular interesse ao relevar a escalada diagnóstica que permitiu diagnosticar vasculite ANCA MPO, limitada ao rim, e instituir terapêutica dirigida de forma precoce.

PA n.º 0564

Doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica

Ricardo Silva Veiga(1);Ines Mesquita(1);Filipe Sobral Blanco(1);Edite Nascimento(1)
(1) HOSPITAL VISEU

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÂO
A Doença de Creutzfeldt-jakob esporádica, embora muito rara, ocorre mais frequentemente entre 50 e 70 anos de idade. Este caso ilustra a relevância de se levar em conta o diagnóstico de DCJ em demências rapidamente progressivas. Uma alta taxa de suspeita deve estar presente quando o paciente apresenta demência atipica, nomeadamente em em quadros similares ao descrito
CASO CLINICO
Homem, 70 anos, com declínio neuropsiquiátrico com 45 dias de evolução, manifestado por alterações comportamentais, euforia e características psicóticas, com alucinações visuais. Apresentava também manifestações cerebelosas: perda do controle esfincteriano e incapacidade de andar. Mais tarde, apresentou quadro de disfunção cerebral difusa: mioclonia reflexa das extremidades, mutismo e paratonia generalizada. De antecedentes pessoais constavam diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, dislipidemia e acidente vascular cerebral isquêmico.
A RM do cérebro mostrou aumento do sinal nos estudos FLAIR e T2 na zona anterior do núcleo caudado e putâmen, e aparente restrição da difusão ao nível cortical nas regiões occipital/parietal/temporal. O eletroencefalograma mostrou uma desorganização acentuada da atividade cerebral. Os marcadores do LCR para Doença Priônica também estavam elevados com aumento da proteína Tau (>20.0000 pg/mL), p-Tau81 (67,8 pg/mL) e rácio Abeta42/p-Tau de 7,63.
DISCUSSÂO
Um sindrome demencial rapidamente progressivo exige um diagnóstico preciso porque existem condições tratáveis, além de síndromes paraneoplásicas e encefalite autoimune. Os pacientes com mioclonia, distúrbios visuais e ataxia são um grupo incomum de incidência de DCJ esporádica. A proteína 4-3-3 LCR, as anormalidades típicas do EEG e da ressonância magnética fazem o diagnóstico.

PA n.º 0571

Polineuropatias Desmielinizantes Inflamatórias Crónicas e VIH numa Unidade Local de Saúde

Isaac s Pereira(1);Quintino Biague(1);Telo Faria(1);José Carlos Neves(1);Elisabete Gomes da Silva(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A Neuropatia periférica, mesmo na era das recentes terapêuticas antirretrovíricas, é a complicação mais comum da infeção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), podendo se manifestar por sinais e sintomas, em cerca de 30% dos doentes. Podem ser classificadas em primárias, associadas ao VIH, e secundárias causadas por agentes neurotóxicos ou infeções oportunistas. A polineuropatia sensorial simétrica distal (PSSD) tem vindo a diminuir a sua incidência desde a introdução da TARV (Terapêutica Antiretroviral), mas tem-se verificado igualmente um recrudescimento nos últimos anos, pela prevalência de comorbilidades, e, igualmente, pela necessidade, neste contexto, de introdução de medicação neurotóxica. Apesar da incidência dos outros tipos de neuropatias ser baixo, é necessário estar atento, porque muitas têm tratamento.
Objetivos
Alertar para as patologias do SNP (Sistema Nervoso Periférico) no doente VIH, e valorizar a importância da precisão e rapidez no diagnóstico diferencial entre as suas diversas formas, tendo em conta que a maior parte destes diagnósticos beneficiam de formas específicas de tratamento. O trabalho é focado nas polineuropatias inflamatórias desmielinizantes crónicas (PIDC).
Material e Métodos
Revisão baseada nos processos clínicos da Consulta de Doenças Infeciosas da nossa Unidade Local de Saúde (ULS) e nos estudos publicados na Plataforma Digital “Pubmed”.
Resultados
Apresentam-se 3 doentes, em diferentes estadios da infeção por VIH, com comorbilidades diversas, que apresentam PIDC: Seguimento em termos clínicos, laboratoriais, imagiológicos, diagnóstico, tratamento e evolução clínica.
Conclusão
Estarmos em alerta para a importância de uma boa história clínica, no sentido de detetarmos patologia do Sistema Nervoso Periférico no doente VIH, e do seu diagnóstico precoce, tendo em conta que muitas têm tratamento efetivo e eficaz.

PA n.º 0573

As estranhas entranhas - uma apresentação atípica de linfoma

Ana Luísa Morais Esteves(1);Ana Rita Barradas(1);Sérgio Pereira(1);Mariana Constante(1);Ana Pãosinho(2);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Raigmore Hospital NHS Highland

Tema: Doenças oncológicas

A dor abdominal é um sintoma muito frequente, cuja etiologia varia de simples e benigna a condições graves, complexas e malignas.
Um homem de 85 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, adenocarcinoma da próstata sob hormonoterapia e doença diverticular do cólon apresenta-se com distensão e dor abdominal, anorexia, obstipação, náuseas e sensação de enfartamento com 1 mês evolução e 2 semanas de cansaço para esforços progressivamente menores, dispneia e pieira. Previamente medicado com antibioterapia empírica e terapêutica laxante, sem melhoria da sintomatologia. À admissão na urgência destacavam-se fervores nas bases pulmonares e abdómen globoso e duro, doloroso à palpação sobretudo do epigastro e hipocôndrio direito.
As análises mostraram PCR aumentada e enzimas hepáticas e bilirrubina normais. Fez TC tórax e abdómen que revelou derrame pleural esquerdo, fígado com achados de doença hepática crónica, sem lesões focais, e uma massa de contornos espiculados na raiz do mesentério contactando com a 3ª porção do duodeno e ansas jejunais proximais, infiltrando o tronco celíaco, origem das artérias hepáticas, esplénicas, artéria mesentérica superior e ureter lombar, com ascite volumosa.
Foi internado para estudo complementar. Procedeu-se a paracentese diagnóstica e evacuadora, com saída de 3L de líquido leitoso. A citoquímica revelou 3762 células com 2% neutrófilos e 95% linfócitos. A citometria foi inviabilizada por lípidos elevados.
Repetiu TC abdominal e pélvica que identificou a massa com as características prévias, revelando provável ponto de partida no pâncreas, com carcinomatose peritoneal concomitante. Admitiu-se neoplasia abdominal (eventualmente de origem pancreática). Agendou-se biópsia da lesão, a qual realizou em ambulatório.
A anatomia patológica do líquido revelou-se negativa para células neoplásicas, apresentado predomínio de linfócitos. A biópsia da lesão pancreática objetivou linfoma B de baixo grau.
O doente foi encaminhado a Hematoncologia. Iniciou terapêutica com redução de 75% da massa, sem ascite, após o 3º ciclo de quimioterapia.
O estudo etiológico de uma neoplasia requer uma abordagem dirigida, mas completa. O diagnóstico diferencial implica uma abordagem multidisciplinar. A orientação atempada é crucial na decisão terapêutica e na resposta à mesma.

PA n.º 0574

Mielograma: uma técnica segura?

Ana Maria Baltazar(1);Ana Furão Rodrigues(1);Mariana Constante(2);Isabel Paulos Mesquita(1);Pedro Almeida(1);Catarina Bettencourt Giesta(3);Francisco Neri(4);Manuel Osório(5);Ana Craveiro(6);Catarina Sousa Gonçalves(1);Tiago jf Branco(1);Lilia Savka(1);Raquel Boto(1);Carolina Monteiro(1);Nuno Reis Carreira(1);Alexandre Almendra(1);Elsa Fragoso(1);Carlos Lopes(1);Pilar Azevedo(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas (4) Hospital Beatriz Ângelo (5) Other (6) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Doenças hematológicas

O mielograma é um exame fundamental para investigação de citopenias ou citoses inexplicadas, diagnóstico, estadiamento e seguimento de doenças hemato-oncológicas, tumores sólidos e de algumas doenças granulomatosas. É, por norma, um procedimento seguro e com raras complicações, sendo a mais comum a dor ou desconforto no local da punção e o hematoma.

Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, 32 anos, com o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de células B em tratamento. Internada na Hematologia para realização de 4º ciclo com Hyper-CVAD e ponatinib. Foi realizado mielograma de reavaliação na região esternal, tendo iniciado duas horas após o exame quadro de choque e insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte vasopressor e oxigenoterapia de alto fluxo. Por abolição do murmúrio vesicular à esquerda, foi realizada radiografia de tórax seguida de angioTC torácica, que confirmou hemopneumotórax com foco de hemorragia ativa em localização apical anterior esquerda, com atelectasia pulmonar associada e desvio contralateral do mediastino. Foi admitida na UCIR, com colocação imediata de dreno torácico esquerdo com saída de sangue e realizada ressuscitação volémica e administração de hemoderivados, com resolução do quadro de choque. Após consultadoria com a Cirurgia Torácica, foi submetidaa toracotomia esquerda para limpeza e remoção de coágulos, sem evidência de hemorragia ativa. Expansão pulmonar completa após a intervenção, sem complicações. Ao 4º dia de internamento retirou os drenos torácicos sem recidiva do hemopneumotórax. Melhoria clínica progressiva com resolução da insuficiência respiratória.

O mielograma é um procedimento diagnóstico fundamental para o estudo da medula óssea. Os autores reportam o caso por se tratar de uma complicação rara mas grave da técnica, salientando a importância da sua realização em condições de segurança.

PA n.º 0577

Metastização Peritoneal de Carcinoma Lobular da Mama com Células em Anel de Sinete

Catarina Duarte(1);Catarina Faustino(1);Mara Sousa(1);Marta Valentim(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O carcinoma lobular da mama (CLM) com células em anel de sinete é um subtipo raro, particularmente agressivo, de neoplasia mamária. Embora a carcinomatose peritoneal seja uma manifestação infrequente de neoplasias extra-abdominais, esta variante associa-se a envolvimento metastático de serosas.
Caso clínico: Mulher, 59 anos com antecedentes de CLM, localmente invasivo, submetida a quimioterapia neoadjuvante, mastectomia, esvaziamento axilar e radioterapia. Há 3 anos, em remissão, sob hormonoterapia. Admitida por astenia e distensão abdominal, com 2 meses de evolução, ao exame físico, apresentava abdómen ascítico sob tensão. Analiticamente sem alterações de relevo e ecografia abdominal a confirmar ascite moderada. Paracentese diagnóstica com saída de líquido turvo, com 1173 células (predominantemente mononucleadas), gradiente sero-ascítico <1.1g/dL e lactato desidrogenase 246U/L. No internamento, destaque para níveis de antigénio CA 15.3 de 104 U/mL (prévio, há 1 ano, de 33 U/mL), tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvico, compatível com carcinomatose peritoneal e presença de infiltração dos ovários, cintigrafia óssea sem evidência de metastização óssea e tomografia por emissão de positrões a confirmar achados, tendo excluído outros focos neoplásicos. Na avaliação por ginecologia, confirmada infiltração ovárica e estudos endoscópicos digestivos sem alterações. As culturas bacteriológicas e a pesquisa DNA de M. tuberculosis no líquido ascítico foram negativas. Realizou nova paracentese evacuadora com anatomopatologia a registar presença de células em anel de sinete, GATA3 +, compatível com disseminação de carcinoma lobular da mama.
Discussão: A carcinomatose peritoneal é uma manifestação incomum das neoplasias mamárias, previamente associada ao subtipo raro de CLM invasivo com células em anel de sinete, cujo comportamento é semelhante aos tumores gástricos. Assim, as neoplasias intra-abdominais e a tuberculose peritoneal devem ser primeiramente excluídas.

PA n.º 0578

Tuberculose disseminada no imunocompetente.

Ana Maria Baltazar(1);Ana Furão Rodrigues(1);Mariana Constante(2);Catarina Cabral(2);Isabel Paulos Mesquita(1);Pedro Martins Almeida(1);Francisco Neri(3);Ana Craveiro(4);Catarina Bettencourt Giesta(5);Kelly g Lopes(6);Manuel Vasques Osório(7);Catarina Sousa Gonçalves(1);Tiago jf Branco(1);Lilia Savka(1);Carolina Monteiro(1);Raquel Boto(1);Nuno Reis Carreira(1);Alexandre Almendra(1);Elsa Fragoso(1);Carlos Lopes(1);Pilar Azevedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Hospital Beatriz Ângelo (4) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã (5) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas (6) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário (7) Other

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é uma doença infeciosa causada por micobactérias. A infeção ocorre a partir da inalação de gotículas. As formas disseminadas de tuberculose, em regra, atingem os imunocomprometidos. Os autores reportam o caso de uma mulher, 67 anos, angolana, sem imunossupressão conhecida, com quadro de confusão, sudorese noturna e perda ponderal, admitida na UCIR por insuficiência respiratória parcial grave. À avaliação hipoxémica, febril, laboratorialmente VS 19mm, LDH 839U/L, PCR 12.1mg/dL, PCT 0.25mg/dL. Radiografia de tórax com infiltrados intersticiais bilaterais, TC de tórax com áreas em vidro despolido e focos consolidativos bilaterais. Pesquisa de BK na expetoração negativa, VIH negativo. Iniciada antibioterapia empírica pela hipótese de pneumonia da comunidade, sem resposta clínica ou laboratorial. Numa fase inicial, dependente de oxigenoterapia de alto fluxo alternando com VNI. Manteve quadro de confusão e picos febris diários de predomínio vespertino. Foi realizada broncofibroscopia e rastreios sépticos seriados. Efetuado mielograma e biópsia óssea, que excluiu doença linfoproliferativa. A TC de corpo de reavaliação revelou uma adenopatia supraclavicular esquerda e evolução das lesões pulmonares para padrão micronodular difuso associado a áreas em vidro despolido e consolidação. A evolução foi desfavorável, com progressão para disfunção multiorgânica e necessidade de suporte ventilatório invasivo e técnica de suporte renal. Atendendo à degradação clínica e principais diagnósticos alternativos excluídos, foi instituída terapêutica antibacilar empírica ao 17º dia de internamento. A biópsia excisional de adenopatia supraclavicular realizada documentou linfadenite granulomatosa de tipo tuberculoide - tuberculose ganglionar em fase ativa. Ao 32º dia foi isolado M. tuberculosis na mielocultura e ao 34º dia positivaram as hemoculturas, bem como algumas amostras do trato respiratório. Evolução desfavorável com deterioração clínica e sem resposta às medidas instituídas culminando no óbito.
A tuberculose é uma doença tratável, contudo o atraso no diagnóstico, sobretudo em apresentações menos típicas e formas miliares, pode ter consequências dramáticas. O diagnóstico precoce e o início de tratamento atempado são fundamentais para minimizar a sua transmissão e morbimortalidade.

PA n.º 0583

Um caso inesperado de linfoma do sistema nervoso central

Cecília de Almeida Moreira(1);José Maria Matos Sousa(2);Joana Dos Santos(1);Danay Perez(1);Ricardo Morais(2);Mrinalini Honavar(1);Margarida Calejo(1);Carolina Lopes(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O linfoma extranodal de células NK/T (LCNKT) é uma neoplasia agressiva que atinge essencialmente o trato aerodigestivo superior e associa-se ao vírus Epstein-Barr (EBV). Menos de 3% invade o sistema nervoso central (SNC), sendo o LCNKT com origem no SNC extremamente raro.

Caso Clínico: Homem de 71 anos apresentou-se com quadro com 9 meses de apatia, agravando progressivamente até um estado estuporoso. Ao exame neurológico não apresentava outras alterações de relevo. A RM cerebral revelou hipersinal T2/FLAIR da substância branca supratentorial, gânglios da base e extensão tálamo-peduncular, com ténue efeito de massa e incipiente captação de contraste; a angioRM era normal. O estudo de LCR revelou 24 células (90% mononucleares), com proteinorráquia, sem consumo de glicose, EBV positivo, bacteriológico, restantes vírus e pesquisa de células malignas negativa e bandas oligoclonais negativas no LCR e soro. A imunofenotipagem do LCR e sangue periférico foi normal. O estudo imunológico e serológico sistémico foi negativo, bem como anti-NMO e anti-MOG séricos. O fundo de olho não tinha alterações relevantes. A TC-TAP era normal e a PET/TC com FDG18 de corpo inteiro não sugeria atividade metabólica de alto grau, inclusive a nível cerebral. Colocada hipótese de linfoma primário do SNC e iniciou corticoterapia, verificando-se melhoria marcada do estado de consciência após o primeiro dia, mas sem melhoria nos dias subsequentes durante um mês de terapêutica. A RM cerebral de reavaliação apresentava apenas discreta melhoria do efeito de massa. O doente acabou por falecer, tendo a análise anátomo-clínica post mortem revelado LCNKT do SNC.

Conclusão: Apresentamos um caso de LCNKT primário do SNC, com apresentação inespecífica e diagnóstico possível apenas com autópsia clínica. Trata-se de uma doença rara, sendo importante o seu relato para melhor conhecimento do seu comportamento e características imagiológicas e uma identificação precoce e início atempado do tratamento.

PA n.º 0587

Síndrome de Erdheim Chester – sintomas comuns com um desfecho inesperado

Inês Albuquerque(1);Isabel Freitas(1);Pedro Fernandes Moura(1);Bernardo Silvério(1);Patrícia Rocha(1);Rita Xavier(1);Pedro Macedo Neves(1);Sofia Teixeira(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças raras

O Sindrome de Erdheim Chester (SEC) é uma doença rara, multissistemica, que se traduz por histiocitose de células não Langerhans e surge por infiltração multiorgânica de histiocitos, incluindo esqueleto, órgãos retroperitoneais, órbita, sistemas cardiovascular, pulmonar, neurológico e endócrino. Afeta principalmente homens e o diagnostico e feito entre a 5º e 8º década de vida.
Mulher 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca (IC), diabetes mellitus tipo 2 com lesão de órgão alvo (nefropatia diabética), dislipidemia, doença de Parkinson, anemia ferropénica e uma lesão retro-orbitária evidenciada em TC das orbitas, estável desde 2016. Doente recorre ao serviço de urgência por quadro de agravamento da dispneia de base com progressiva limitação funcional. Documentado derrame pleural e pericárdico de grande volume. Internada por IC descompensada. Realizada toracocentese e biopsia pleural, com características de transudado e pericardiocentese, ambas negativas para células neoplásicas. Excluído foco infeccioso, auto-imune e neoplásico. Por queixas osteorticulares persistentes realiza RX ossos longos que evidenciam esclerose diafisa´ria e metafisa´ria simétricas e espessamento cortical, ao ni´vel das dia´fises do fe´mur e da ti´bia, achados compatíveis com SEC. Histopatologia da biópsia pleural a evidenciar histiocitose. Após suspeita de SEC, solicitada imunohistoquimica da bio´psia pleural com CD68 positivo, S100 e Cd1a negativo. Acompanhava-se de outros achados radiológicos compatíveis com SEC nomeadamente hidronefrose bilateral e espessamento das supra-renais. Confirmada SEC por diagno´stico radiolo´gico e histopatolo´gico.
Serve este caso para alertar para uma entidade rara, com marcha diagnóstica complexa, que deverá ser tida em conta, em doentes com derrame pericárdico e pleural, uma vez que confere mau prognostico, quando surge com lesões extra-osseas, nomeadamento no aparelho cardiovascular

PA n.º 0597
Uma encefalopatia escondida
Raquel Moura(1);Mariana Estrela Santos(1);Mariana Baptista(1);Telmo Coelho(1);Luís Rocha(1);Tiago Costa(1);Paula Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Encefalopatia hepática resulta de insuficiência hepática e/ou shunt portossistémico e manifesta-se por alterações neurológicas e psíquicas desde subclínicas até a coma.
Caso clínico: Mulher de 62 anos, cognitivamente íntegra até 1 mês antes da vinda ao Serviço de Urgência (SU). Antecedentes relevantes: colangiocarcinoma (G1, pT4 R1), operado e sem sinais de progressão; suspeita de epilepsia (1 mês antes), para a qual estava medicada com levetiracetam, com recorrência do quadro e necessidade de aumento da dose.
Admitida no SU por desorientação e discurso repetitivo, sem mais clínica. Objetivamente: hidratada, apirética, hemodinamicamente estável, auscultação normal e sem edemas; ao exame neurológico: prostrada, com abertura ocular espontânea sem dirigir o olhar. Não nomeava nenhum objeto a pedido, não repetia nem cumpria ordens; sem alterações dos pares cranianos, sem défices motores dos membros. Analiticamente sem alterações, exceto hiperamonémia 146micromol (valores de referência 15-45). Análise sumária de urina normal. Tomografia computorizada cranioencefálica sem alterações. Ecografia abdominal sem alterações e sem sinais de doença hepática. Nas semanas prévias com várias vindas ao SU por clínica similar, com diagnóstico de infeção do trato urinário (com análise de urina compatível), outras vezes com afasia transitória, interpretada como crises.
A doente foi internada na Medicina Interna e, revendo todo o historial, verificou-se que na exérese do colangiocarcinoma, ocorreu uma laceração completa da artéria hepática e por isso foi realizada «arterialização» portal por anastomose artéria hepática própria-tronco portal. Foi assumida encefalopatia tipo B (relacionada com shunt portossistémico) e a doente respondeu favoravelmente ao tratamento com lactulose, corroborando o diagnóstico.
Discussão: Com este caso pretende-se salientar a importância de uma boa história clínica e dos antecedentes pessoais do doente, especialmente em caso de dificuldade e dúvida do diagnóstico.

PA n.º 0606
Delirium e Mortalidade

David Gabriel Ferreira(1);Ana Catarina Bernardes(2);Bruno Rodrigues(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Delirium é diagnóstico frequente nos internamentos em enfermarias médicas, tendo sido estabelecida a sua importância na morbi-mortalidade a curto e longo prazo.
Objetivos: Determinar fatores associados com a mortalidade pós-alta de internamento em Neurologia em doentes idosos, nomeadamente no que diz respeito ao Delirium.
Métodos: Todos os doentes com ≥65 anos internados num serviço de Neurologia entre 1 de Agosto e 31 de Dezembro de 2020. Foram avaliados para incidência de Delirium usando o Short Confusion Assesment Method, sendo também colhidas variáveis demográficas e de co-morbilidades (Índice de Charlson). Posteriormente, foi determinada a mortalidade até aos 12 meses.
Resultados: Foram analisados 198 internamentos com 53.5% homens e idade média de 79,9 (± 7,5) anos. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 13,6%; dos restantes, verificou-se o óbito aos 12 meses em 45,6%, com uma mediana de sobrevida de 97 (amplitude interquartil 185) dias. Não foi encontrada associação entre Delirium e óbito no internamento [odds ratio (OR) 1,5, intervalo de confiança (IC) 95% 0,6-3,8], mas sim no óbito em ambulatório até aos 12 meses (OR 2,3, IC 95% 1,2-4,5).
Dos outros fatores analisados, tiveram associação com a mortalidade aos 12 meses o Índice de Charlson (OR 1,2, IC 95% 1,0-1,3), a presença (confirmada ou presumido) de demência (OR 2,2, IC 95% 1,2-4,0), a duração do internamento (OR 1,0, IC 95% 1,0-1,0) e o número de fármacos administrados em internamento (OR 1,1, IC 95% 1,0-1,1). Ajustando para estes fatores, a presença de Delirium não se manteve associada à mortalidade.
Conclusões: Nesta população, encontrou-se uma elevada mortalidade aos 12 meses, com associação com o Índice de Charlson, a presença de demência, a duração de internamento e a presença de Delirium. Todavia, a associação do Delirium foi perdida na análise multivariada. São necessários mais estudos com populações maiores para verificar qual o impacto desta patologia na mortalidade.

PA n.º 0610

Intoxicação por monóxido de carbono: a propósito de um caso clínico

David Gabriel Ferreira(1);Bruno Rodrigues(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Introdução A intoxicação por monóxido de carbono (ICO) é uma entidade com indicação para oxigenoterapia hiperbárica (OTH). O CO liga-se à hemoglobina com uma afinidade 240x superior ao O2, reduzindo a entrega de O2 tecidular. A OTH reduz a semivida da carboxi-hemoglobina (COHb), evitando as sequelas neurocognitivas da ICO.
Descrição: CASO CLÍNICO: Doente sexo masculino, 26 anos, saudável. Trazido pela SIV (Suporte Imediato de Vida) ao serviço de urgência no contexto de ICO. À chegada: obnubilado e bradipneico, SatO2 96% (FiO2 1.0), score de Glasgow 12 (Olhos 2, Verbal 4, Motor 6), membro superior esquerdo com paresia grau 4 e hipostesia. Gasometria arterial (GSA) (FiO2 1.0): pH 7.27, pO2 290.1 mmHg, pCO2 30.3 mmHg, HCO3 13.6 mmol/L, SatO2 99%, lactato 10.78 mmol/L, fração COHb 20.6%. Realizou TC-CE que revelou lesões típicas de ICO. Foi transferido para realização imediata da sessão de OTH (2.5 ATM). Após OTH: normalização do estado de consciência. GSA (FiO2 0.21): pH 7.38, pO2 100.5 mmHg, pCO2 31.2 mmHg, HCO3 18.2 mmol/L, SatO2 97.6%, lactato 2.62 mmol/L; fração de COHb 0.1%. Regressou à enfermaria onde realizou o restante estudo diagnóstico, a salientar: rabdomiólise (CK 41684 U/L), subida de marcadores de necrose miocárdica (troponina I 2.787 ug/L; CKMB 562 U/L), lesão renal aguda e citólise hepática. Realizou ECG e ecocardiograma que não revelaram alterações. Teve alta após 9 dias com remissão dos défices neurológicos e normalização analítica. Sem registo de sequelas neurocognitivas.
DISCUSSÃO: A ICO associa-se a uma mortalidade de 1 a 3% e a sequelas neurocognitivas em 40%. A lesão miocárdica aguda ocorre em 1/3 dos casos e associa-se ao aumento da mortalidade para o dobro. A ICO é indicação tipo I para OTH. A OTH ao reduzir o tempo de semivida da COHb de 320 para 30 minutos, tem um impacto direto no prognóstico da ICO. A indisponibilidade de equipamento de OTH é a principal limitação à sua aplicação em Portugal. Os achados clínicos de ICO podem ser inespecíficos, pelo que o elevado grau de suspeição e o tratamento atempado com OTH são decisivos para o prognóstico.

PA n.º 0615

Endocardite infecciosa com multiplas embolizações sistémicas

Inês Ladeira Figueiredo(1);Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Luísa Fontes(1)
(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção da superfície endocárdica do coração, mais frequente à esquerda do que à direita.Nos principais fatores de risco encontra-se a presença de próteses valvulares. A EI está associada a complicações relacionadas com a embolização sistémica, trombose local e formação de abcessos que influenciam o prognóstico e alteram o plano terapêutico daí a pertinência do caso exposto.
Caso clínico:Homem, 84 anos, com cardiopatia valvular e prótese biológica aórtica.Recorreu à urgência por febre e edema dos membros inferiores com 2 semanas de evolução.Ao exame físico era audível sopro holossistólico, fervores crepitantes e edema dos membros inferiores. Analiticamente com anemia e NT-pro-BNP 11177pg/mL. No ecocardiograma transtorácico com função sistólica preservada e gradiente dinâmico na câmara de saída do ventrículo esquerdo.Hemoculturas com isolamento de Enterococcus faecalis multissensível.O ecocardiograma transesofágico(ETE) mostrou espessamento dos folhetos da prótese aórtica, massa filiforme no folheto coronário direito e abcesso. Admitiu-se endocardite infecciosa da prótese com abcesso periprotésico e iniciou antibioterapia. Nas primeiras 24h por desorientação faz RM crâneo-encefálica que revelou 3 lesões sugestivas de embolia séptica.Por dor abdominal súbita realizou angioTC abdómino-pélvica que identificou focos de hipodensidade esplénicos por fenómenos embólicos. Após 3 semanas de antibioterapia apresentou amaurose do olho direito, com oclusão da artéria central da retina, sem indicação para câmara hiperbárica pela condição clínica e tempo de instalação dos sintomas. Por recorrência da febre fez novo ETE com aumento do abcesso e foi programada cirurgia para colocar nova válvula biológica e remover abcesso, que decorreu sem intercorrências.
Conclusão:Na EI as complicações cardíacas surgem em 50% dos doentes, as neurológicas (êmbolos sépticos) em 40% e êmbolos sépticos esplénicos, retinianos, entre outros em 25%, sendo mais frequentes em caso de vegetações maiores, idade avançada, diabéticos, com fibrilhação auricular e infeção por Staphylococcus aureus. Neste caso temos múltiplas embolizações sépticas em doente com infecção por Enterococcus faecalis, idoso com múltiplas comorbilidades e um desfecho positivo após cirurgia.

PA n.º 0620

AVC como manifestação inicial de arterite de células gigantes

David Gabriel Ferreira(1);Bruno Rodrigues(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Arterite de Células Gigantes é um processo vasculitico crónico de grandes e médios vasos, que atinge maioritariamente individuos com mais de 50 anos e envolve preferencialmente as artérias cranianas com origem no arco aórtico. 40 a 60% das pessoas com arterite de células gigantes desenvolvem polimialgia reumática.
Descrição: Homem, 83 anos, admitido no Serviço de Urgência por disartria e hemiparesia direita com 2 horas de evolução. Nos últimos meses descrita perda ponderal significativa com artralgias de características inflamatórias localizadas à cintura pélvica e escapular. Sem cefaleias, alterações visuais ou claudicação mandibular. Antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e fibrilação auricular hipocoagulada com Acenocumarol. Ex-fumador há mais de 30 anos. TC cerebral à admissão sem lesão isquémica aguda, mas reavaliação imagiológica 2 dias depois com imagem compatível com isquemia recente no território da artéria cerebral média esquerda. Ecodoppler dos vasos do pescoço com ausência de fluxo em todo o trajeto cervical da artéria vertebral esquerda, sem outras alterações valorizáveis. Ecocardiograma sem patologia estrutural ou valvular importante. VS e PCR aumentadas. Perante contexto clínico, pedido ecodoppler das artérias temporais superficiais que revelou halo sugestivo de espessamento vasculitico nos segmentos proximal e frontal, altamente específico de Arterite de Células Gigantes. Iniciou corticoterapia ajustada ao peso com melhoria das queixas álgicas.
Conclusão: Salienta-se a importância de equacionar este diagnóstico na abordagem do acidente vascular cerebral, dado que a instituição precoce de corticoterapia é fundamental para evitar complicações como perda visual ou outros eventos vasculares.

PA n.º 0633

Caso raro de Síndrome May Thurner/Cockett em doente com história familiar de eventos trombóticos

Inês Ladeira Figueiredo(1);Francisco Guimarães(1);Cristina Duarte(1);Luísa Fontes(1)
(1) MEDICINA - JMS - HOSPITAL DA CUF - DESCOBERTAS

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:O síndrome May-Thurner/Cockett é uma alteração anatómica com obstrução ao fluxo venoso por compressão do território iliocava. Se for parcial pode ser assintomático, caso seja completa é um raro mas importante diagnóstico a considerar em caso de dor e edema dos membros inferiores. Foi identificado no século XIX porque a trombose venosa do membro inferior esquerdo era 5 vezes mais frequente do que no direito. A prevalência não é conhecida mas estima-se entre 2% e 5%, com idade média de 50 anos. O diagnóstico definitivo é feito por ecodoppler venoso complementado com veno-TC/RM.
Caso clínico:Mulher, 80 anos, com história de hipertensão arterial e diabetes tipo 2. Tem história familiar de tromboembolismo venoso nos descendentes (filha e netos) por mutação do gene da protrombina. Recorreu à urgência por edema exuberante do membro inferior esquerdo até à raíz da coxa com 24h de evolução. Analiticamente com DDímeros de 14000ng/mL. Realizou ecodoppler venoso com trombose completa da veia femoral esquerda com extensão proximal à veia ilíaca e oclusão do eixo safeno e iniciou hipocoagulação. Na angioTC toraco-abdomino-pélvica não apresentava tromboembolismo pulmonar nem adenopatias ou lesões neoplásicas. No ecocardiograma transtorácico tinha boa função sistólica global sem alterações. No estudo molecular sem mutação G20210A do gene da protrombina. Por manter edema exuberante fez venoTC que identificou morfologia vascular favorável à compressão da origem da veia ilíaca comum esquerda contra a 5ª vértebra lombar pela artéria ilíaca primitiva (síndrome de May-Thurner/Cockett). Teve alta com indicação para hipocoagulação e seguimento na Cirurgia Vascular para posterior tratamento endovascular.
Conclusão:Em doentes com manifestações graves deste síndrome está recomendado tratamento endovascular porque reduz a gravidade dos sintomas e complicações pós-trombóticas. Deve iniciar hipocoagulação para reduzir o trombo, idealmente com trombólise farmacológica ou por catéter. Caso não seja possível, como no caso apresentado pelo tempo de evolução, deve ser mantido controlo evolutivo por ecodoppler venoso para programar o timing da angioplastia e colocação de stent. A pertinência do caso deve-se à baixa prevalência deste diagnóstico, numa doente de idade avançada e com inúmeros fatores de risco trombótico.

PA n.º 0636

ESUS: antiagregação versus hipocoagulação, a propósito de um caso clínico

Adriana Luísa Costa(1);Ana Vitória Soares(1);Miguel Ângelo Neto(1);Francisca Azevedo Correia(1);Ana Lourenço Jardim(1);Vanessa Meireles Chaves(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução
O cardioembolismo, o ateroembolismo dos grandes vasos e a doença oclusiva dos pequenos vasos perfazem as principais etiologias dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Quando a etiologia é desconhecida, designam-se de criptogénicos. Um dos sistemas de classificação etiológica dos AVCs é o Causative Classification System, que defende que a maioria dos enfartes criptogénicos são provavelmente embólicos de fonte indeterminada, designados de Embolic Stroke of Undetermined Source (ESUS).
Caso clínico
Mulher, 60 anos, com hipertensão arterial não medicada e tabagismo ativo. Recorreu ao serviço de urgência por défices focais de início súbito, nomeadamente paresia do membro superior esquerdo e disartria, com ativação da via verde de AVC, pontuando 6 na escala NIHSS. Realizou TAC cerebral (CE), sem lesão isquémica aguda e sem evidência de trombo na angio-TAC. Foi submetida a trombólise; não realizou trombectomia por inexistência de oclusão de grande vaso. No internamento, realizou Ecodoppler de grandes vasos do pescoço e transcraniano que excluiu aterosclerose dos grandes vasos. Repetiu TAC CE às 24h, que identificou “uma pequena área triangular córticosubcortical hipodensa frontal opercular direita, a traduzir lesão isquémica recente, já instalada.” Doente esteve monitorizada, em ritmo sinusal. Analiticamente com marcadores víricos, TTPA e estudo autoimune negativos. Adicionalmente, no ecocardiograma transtorácico sem evidência de dilatação da aurícula direita, nem trombos intracardíacos, no entanto com evidência de Foramen Ovale Patente (FOP). Realizou ecodoppler dos membros inferiores, excluindo foco trombótico. Realizou ecocardiograma transesofágico, que evidenciou caraterísticas anatómicas compatíveis com técnica de encerramento percutâneo. À data da alta, NIHSS 0, sob antiagregação, referenciada para consulta de Cardiologia para averiguar possibilidade de encerramento de FOP.
Discussão
Na prevenção secundária no ESUS não há evidência de que haja benefício em hipocoagular estes doentes relativamente à antiagregação, sendo esta última recomendada.
Em doentes com idade ≥ 60 anos nos quais está documentada a presença de FOP e que têm o primeiro evento cerebral isquémico, sem outra etiologia aparente, sugere-se o encerramento percutâneo do FOP e terapêutica antiagregante.

PA n.º 0643

Caracterização da mortalidade e cuidados em fim de vida numa enfermaria de medicina interna

Raquel Maria Neves Flores(1);Rodrigo Duarte(1);Madalena Silveira Machado(1);Ana Luísa Esteves(1);Miguel Oliva Teles(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Cuidados paliativos

INTRODUÇÃO: Os serviços de medicina interna apresentam elevada prevalência de doentes paliativos e terminais e consequente mortalidade. A adequação de cuidados em fim de vida deve assentar na identificação precoce das necessidades destes doentes e na formação adequada dos profissionais, devendo constituir um parâmetro de qualidade na avaliação dos serviços.
Objetivos: Caracterizar os cuidados prestados aos doentes falecidos numa enfermaria de medicina interna.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional, retrospetivo por consulta de processo clínico dos doentes falecidos no ano de 2021. Excluídos os doentes infetados com SARS COV2.
Consideraram-se as variáveis: Idade, género, motivo e duração do internamento, grau de dependência e, nos três dias prévios à morte, terapêutica farmacológica, exames complementares de diagnóstico (ECD), presença de dispositivos médicos, referenciação à equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos (EIHCP), existência de intercorrências agudas e a expectativa do óbito. Para a análise estatística foi utilizado o Excel.
RESULTADOS: Foram analisados 82 processos, dos quais 45% do género masculino e 55% do género feminino; com uma média de idades de 82 anos. O motivo do internamento foi por causa infeciosa em 44% seguida de causa oncológica em 28%, com uma duração média de 15 dias. Cerca de 32% e 29% dos doentes apresentavam um ECOG de 4 e 3, respetivamente.
Relativamente às ações médicas nos três dias prévios à morte, 61% manteve antibioterapia, 79% tinha prescrita terapêutica opióide (em calendário ou de resgate) para dor (60%, n=39) e/ou dispneia (31%, n=21). Cerca de 76 doentes (93%) manteve acesso venoso periférico, 39 (47%) sonda nasogástrica, 43 (52%) aporte de oxigénio, 13 (16%) ventilação não invasiva e em 10 doentes (12%) houve a referência a contenção física.
Relativamente aos exames complementares, 50 doentes (61%) realizaram avaliação analítica, 37 gasometria (45%) e 11 (13%) tomografia computorizada e/ou ecografia.
Considerou-se óbito “expectável” em 65 doentes, dos quais, 27 (33%) foram referenciados à EIHCP para controlo de sintomas (n=17). Em 31 doentes foram reportadas intercorrências no período perimortem, nomeadamente dispneia (n=12), aspiração gástrica (n=8) e agitação (n=6).
CONCLUSÃO: Apesar da considerável proporção de óbito expectável, verificou-se elevada prevalência de dispositivos médicos, nomeadamente de sonda nasogástrica, antibioterapia e a realização de ECD. Apenas 1/3 dos doentes foi referenciado a EIHCP com potencial repercussão na otimização dos cuidados, adequação e suspensão de medidas e terapêuticas fúteis. Os cuidados paliativos devem ser integrados no plano terapêutico como estratégia promotora de qualidade de vida e de dignidade, nomeadamente em fim de vida.

Considera-se útil a ampliação dos dados a outros serviços para melhor enquadrar e adequar a formação intra-hospitalar nesta área com impacto direto potencial nos cuidados prestados.

PA n.º 0647

Endocardite de Libman-Sacks e a Doença Cerebrovascular

Mara Sousa(1);Catarina Faustino(1);Marta Valentim(1);Catarina Duarte(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A endocardite de Libman-Sacks é um tipo de endocardite trombótica não infecciosas (ETNB) associada a lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome antifosfolípido (SAF) ou neoplasias, que pode ser responsável de embolia cerebral.
Caso clínico: Mulher de 42 anos, sem antecedentes, admitida nos cuidados intensivos por acidente cerebral vascular (AVC) isquémico da artéria cerebral média esquerda, NIHSS 19, submetida a trombólise e tentativa de trombectomia sem sucesso por agravamento clínico, necessidade de ventilação invasiva e craniectomia descompressiva. Do estudo foi identificado formação vegetante aderente à válvula mitral, iniciando antibioterapia pela suspeita infecciosa como contributo etiológico, sem evidência a posteriori de isolamentos. Complementou estudo com Angio-TC de corpo que revelou embolia pulmonar (TEP), adenomegalias axilares esquerdas, mediastínicas, ilíacas e inguinais, hepatomegalia e esplenomegalia; o ecodoppler dos membros inferiores mostrou trombose venosa profunda (TVP) bilateral. Pedida colaboração a Medicina Interna para integração das alterações. Além do já descrito foi apurado no estudo analitico: anemia hemolítica (com consumo de haptoglobina), Coombs positivo, trombocitopenia, ANA 1/1000, anti-Ds DNA 131UI/mL, C3 148mg/dL e C4 24mg/dL e tripla positividade para anti-cardiolipina, B2 glicoproteína I e anticoagulante lúpico. Conclui-se diagnóstico de AVC, TEP e TVP no contexto de LES com overlap de SAF a condicionar ETNB, anemia hemolítica autoimune e hepatoesplenomegalia. Iniciou anticoagulação, antiagregação, hidroxicloroquina e azatioprina com boa tolerância. Apresentando à reavaliação aos 7 meses remissão clínica.
Conclusão: A agressividade e raridade na apresentação clínica da doença autoimune nesta doente, representado pela extensa embolização sistémica, obriga-nos numa jovem com AVC e evidência de vegetação cardíaca, sem isolamentos microbiológicos, a considerar a etiologia imune como responsável.

PA n.º 0653

Complicações médicas em doentes com AVC submetidos a revascularização precoce (2019 - 2020)

David Gabriel Ferreira(1);Isabel Rovisco(2);João Sargento(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte por doença vascular em Portugal. Nos últimos anos a terapêutica de revascularização precoce tem revolucionado o prognóstico desta patologia. As complicações médicas no internamento contribuem de forma significativa para o aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes.
Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a avaliar a ocorrência de complicações médicas no que diz respeito à sua frequência, características e influência no tempo de internamento.
Métodos: A amostra analisada é composta por todos os doentes com o diagnóstico de AVC isquémico agudo que foram submetidos a terapêutica de revascularização precoce (com trombólise e/ ou trombectomia) no nosso hospital nos anos de 2019 e 2020. Foram avaliados dados demográficos, complicações e escalas de AVC através da análise retrospetiva dos processos clínicos e aplicado o teste de qui-quadrado para comparação entre variáveis.
Resultados: Os 178 doentes avaliados tinham idade média de 73,4 anos, sendo 52,3% do género masculino. Metade dos doentes desenvolveram pelo menos uma complicação médica durante o internamento. As complicações mais frequentes foram infeciosas (infeção do trato urinário (n=55) e pneumonia (n=28)) seguidas de lesão renal aguda (n=13) e desequilíbrio hidro-eletrolítico (n=7). Verificou-se um aumento de complicações médicas nos doentes com défice neurológico mais grave, medido pela pontuação na escala NIHSS >10 às 24 horas após terapêutica ($p<0,001$). As complicações prolongam significativamente o número de dias de internamento (com uma média de 16,2 dias versus 6,6 dias nos doentes sem intercorrências) e agravam a recuperação funcional a 3 meses. ($p<0,001$).
Conclusões: As complicações médicas são frequentes nos doentes com AVC agudo contribuindo para um atraso na recuperação funcional e para a morbilidade desta patologia. A prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dirigido destas intercorrências poderão melhorar o prognóstico dos doentes.

PA n.º 0660

Tinnitus pulsátil, um sinal precoce de acidente vascular cerebral

Mariana Marques(1);Susana Merim(2);Eduardo Macedo(3);Catarina Araújo(4);Diana Torres Lima(5);Leandro Marques(4);Carla Morgado(4);José Nuno Alves(4);Carla Ferreira(3);Célia Machado(4)
(1) HVFXira (2) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos (3) Hospital de Braga (4) Hospital Braga (5) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As estenoses carotídeas podem ser assintomáticas ou apresentarem clínica de défices neurológicos focais. A presença de acufeno pulsátil (tinnitus) unilateral é uma manifestação pouco frequente nas estenoses significativas das artérias carótidas internas.
Caso Clínico: Homem de 69 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, enfarte agudo do miocárdio e valvuloplastia mitral, hábitos tabágicos, medicado habitualmente com ácido acetilsalicílico, rosuvastatina e anti-hipertensores. Foi admitido no serviço de urgência por acufeno pulsátil à direita com cerca de 5 dias de evolução. Refere um episódio transitório de adormecimento na hemiface e mão esquerdas no dia prévio à admissão. Ao exame neurológico apresentava hipostesia da hemiface esquerda, sem outros défices neurológicos focais. Realizado TAC crânio-encefálico que revelou hipodensidades corticosubcorticais frontais e parietais direitas compatíveis com lesões isquémicas agudas em território da artéria cerebral média direita. O angio-TAC cerebral revelou a presença de uma estenose suboclusiva da artéria carótida interna direita. Foi submetido a angioplastia com colocação de stent carotídeo, ficando posteriormente duplamente antiagregado. Após intervenção endovascular, o doente ficou assintomático do ponto de vista neurológico, nomeadamente sem acufeno pulsátil ou hipostesia anteriormente referida à admissão.
Discussão: O tinnitus pulsátil unilateral é um sinal clínico que nos deve fazer suspeitar da presença de uma estenose carotídea, sendo que na avaliação de um doente com suspeita de evento vascular cerebral agudo, este sinal pode ser a pista para a etiologia do evento cerebral. Assim torna-se imperativo o reconhecimento deste achado clínico, dado que após tratamento endovascular ou por endarterectomia, verifica-se uma resolução sintomática em cerca de 90% dos casos.

PA n.º 0663

Produto de ervanária associado a crises convulsivas

Ana Antunes Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As crises convulsivas agudas podem resultar de qualquer insulto cerebral agudo, como hemorragia ou acidente cerebral vascular, assim como de um distúrbio metabólico, podendo mesmo ser induzidas por fármacos ou tóxicos.
Caso clínico: Homem de 52 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, doença do refluxo gastroesofágico e obstipação, admitido no serviço de urgência (SU) por crise convulsiva, com 5 a 10 minutos de duração. À chegada à sala de emergência, em estado pós-crítico. Da anamnese destaca-se consumo de produto de ervanária com ação laxante à base de aloé-vera. O doente relata que no passado terá tido episódio de ausência que associou com a toma de um laxante de ervanária que terá suspendido e retomado recentemente. Nega hábitos etanólicos ou toxifílicos. Exame neurológico inicial sem sinais focais. Tomografia axial computorizada e ressonância magnética creanioencefálicas sem alterações. Exame toxicológico negativo. Eletroencefalograma com pontas paroxísticas em localização temporal anterior e média do hemisfério esquerdo. Electrocardiograma e holter sem alterações. Após instituição de terapêutica com levetiracetam e suspensão das cápsulas de aloé-vera, verificou-se melhoria clínica, não sendo registadas novas crises convulsivas. Admitiu-se correlação entre as crises convulsivas e o consumo do produto laxante de aloé vera da ervanária.
Discussão: Segundo a literatura, o aloé-vera tem propriedades anticonvulsivantes, no entanto, no laxante fornecido na ervanária, foram identificados como excipientes celulose microcristalina, estearato de magnésio e silício coloidal que se suspeita estarem na origem da atividade epileptogénica. Este caso é demonstrativo da importância em apurar uma história clínica detalhada, ressalvando o uso de produtos de venda livre e ervanária, relembrando o perigo do seu consumo indiscriminado sem aconselhamento médico.

PA n.º 0665

Linfoma MALT: O paradigma da inflamação crónica

Inês Margarido(1);Tiago Neto Gonçalves(1);Beatriz Tallon(1);Rui Costa(1);Natália Marto(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
O linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT) é uma neoplasia de baixo grau que é o paradigma de uma neoplasia induzida por inflamação crónica estando associado a infeção por Helicobacter pylori (HP).
Caso Clínico:
Homem de 71 anos com história de múltiplas hemorragias digestivas altas por úlceras duodenais tendo já realizado três ciclos de antibioterapia para erradicação de HP com repetidas recidivas. Recorreu à nossa instituição por queixas de mal-estar geral, cansaço para pequenos esforços, distensão abdominal e sensação de enfartamento. No exame objetivo destacava-se apenas palidez marcada da pele e mucosas e no laboratório destacava-se hemoglobina de 5.5g/dL. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que revelou úlcera duodenal sangrante submetida a terapêutica hemostática com sucesso tendo tido alta para o domicílio. Um mês mais tarde regressa por melenas que surgiram após suspensão do inibidor da bomba de protões. A EDA mostrou duas úlceras duodenais que foram submetidas a terapêutica local. A pesquisa de HP nas biópsias realizadas foi negativa. Por manter hemorragia refratária à terapêutica endoscópica foi submetido terapêutica cirúrgica com vagotomia, piloroplastia e rafia de úlcera. Já no pós-operatório em contexto de íleus marcado, fez tomografia computorizada que mostrou espessamento parietal irregular envolvendo a região antro-pilórica. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou Linfoma de células B de baixo-grau de malignidade com imunofenótipo favorecendo linfoma MALT. Admitiu-se então que a estase gástrica seria decorrente da presença da infiltração da parede antro-pilórica e iniciou metilprednisolona com resolução progressiva do quadro.
Discussão:
O linfoma MALT é uma doença indolente. Sendo que a inflamação crónica induzida pela infestação por HP pode estar associada a este linfoma, as taxas crescentes de resistência deste microrganismo aos esquemas de terapêutica empírica poderão ser responsáveis por infeção crónica por HP aumentando assim o risco de linfoma MALT.

PA n.º 0673

As etiologias não escolhem idades

Mariana Marques(1);Susana Merim(2);Catarina Araújo(3);Eduardo Macedo(3);Carla Morgado(3);Inês Carvalho(3);Filipa Santos(3);Isabel Amorim(4);Leandro Marques(3);Ana Rita Silva(3);Célia Machado(4)
(1) HVFXira (2) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos (3) Hospital de Braga (4) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: Epilepsia é uma doença caracterizada por uma predisposição duradoura para gerar crises epilépticas de etiologia multifatorial. As malformações do desenvolvimento cortical, como a polimicrogiria, esquizencefalia e displasias corticais, constituem causas menos frequentes de epilepsia, sendo mais frequentemente diagnosticadas em idade pediátrica.
Caso Clínico: Mulher, 56 anos, sem antecedentes pessoais ou medicação habitual, admitida no serviço de urgência por alteração súbita do estado de consciência, com rotação cefálica e desvio do olhar para a direita, cianose labial e movimentos clónicos do membros superiores de duração de segundos; apresentou confusão pós-ictal. Negava febre, cefaleia, perda de continência de esfíncteres ou início recente de fármacos. Sem história prévia de crises convulsivas, infeções do sistema nervoso central ou traumatismo cranioencefálico. Ao exame neurológico não apresentava défices focais, constatada mordedura da língua. Realizou TAC crânio-encefálico que excluiu sinais de lesão vascular aguda, lesões ocupantes de espaço ou outras alterações. Analiticamente apresentava elevação de mioglobina, sem outros achados. Iniciou levetiracetam e foi solicitado eletroencefalograma (EEG) e ressonância magnética cerebral (RMN CE). Do estudo efetuado, EEG interictal sem registo de atividade epileptiforme, no entanto a RMN CE revelou malformação do desenvolvimento cortical compatível com polimicrogiria frontal esquerda.
Discussão: A polimicrogiria caracteriza-se por uma malformação embrionária rara da amplitude dos sulcos do córtex cerebral. Geralmente manifesta-se por crises convulsivas, défice cognitivo ou hemiplegia em idade pediátrica. Nesta doente a lesão encontrada estabeleceu o diagnóstico de epilepsia estrutural. Trata-se de uma causa muito rara de epilepsia de início em idade adulta. Salienta-se com este caso que as causas mais frequentes de epilepsia em idade pediátrica não devem excluídas à priori na investigação de epilepsia no adulto.

PA n.º 0677

Prevalência da fragilidade numa enfermaria de Medicina Interna num hospital periférico

Filipe Cunha Dias(1);Ana Santos e Silva(1);Rui Seixas(1);Ana Sofia Sobral(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Medicina geriátrica

Com o aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos, coincidente com o acesso a mais e melhores cuidados de saúde, tem-se verificado um envelhecimento da população, que condiciona inevitavelmente um aumento da prevalência de utentes com fragilidade, tendo em conta a diminuição da reserva fisiológica destes utentes. Segundo a evidência disponível até à data, a prevalência de pré-fragilidade em pessoas com mais de 50 anos (com uma média de idades de 67,45 anos) pode ir até aos 52.8% e a de fragilidade atinge os 15.6%, sendo Portugal o país com a maior prevalência desta última.
O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de utentes em estado de fragilidade e pré-fragilidade nos doentes internados em um dia no serviço de Medicina Interna de um hospital periférico português. A fim de realizar esta análise foi aplicado o questionário FRAIL a todos os doentes com mais de 65 anos, com o objetivo de avaliar a fadiga, resistência, deambulação, doença e perda de peso, resultando uma pontuação de 0 a 5 pontos, em que os doentes com 3 a 5 pontos são considerados frágeis e aqueles que têm 1 ou 2 pontos se encontram em estado de pré-fragilidade.
Foram selecionados 24 doentes, dos quais 70% eram do sexo masculino, com uma média de idades de 78,5 anos, tendo-se verificado que 29% dos doentes estavam em estado de pré-fragilidade e 58% eram já considerados frágeis.
Os resultados obtidos evidenciam uma marcada prevalência de fragilidade na população observada, assim como sugerem a necessidade de uma reestruturação no sistema nacional de saúde com o objetivo de não só adequar os cuidados prestados ao grau de fragilidade demonstrado, como também de enveredar esforços para a promoção de saúde nos utentes idosos de forma a evitar a progressão para a fragilidade. Apesar da limitação do tamanho da amostra, verifica-se que a prevalência de fragilidade no presente estudo é francamente superior à relatada nos estudos europeus, podendo esta diferença ser justificada também pelas diferenças na caracterização da amostra, sendo que nesta análise foram apenas considerados doentes internados e com uma média de idades marcadamente mais elevada.

PA n.º 0695

A "endemia" social dos internamentos indevidos em pandemia COVID-19

Tiago Pina Cabral(1);Marta D'orey(1);Margarida Almeida(1);Sérgio Brito(1);Margarida Lagarto(1);Bruno David Freitas(1);Alice Sousa(1);Ana Lynce(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

INTRODUÇÃO:
O aumento da esperança de vida, associado ao aumento da prevalência da doença crónica e à redução da família nuclear, provocaram uma alteração demográfica com efeitos sociais. No período de pandemia, surgiu a necessidade de maximizar a resposta hospitalar a doentes agudos com criação de estruturas de retaguarda para aumento da resposta social. Entre 2020-2021, a taxa de internamentos indevidos (IN), alicerçados às medidas instituídas, rondou os 4,3% dos doentes internados a nível nacional, dos quais 87% permaneceram em Serviços de Medicina Interna.
OBJETIVO:
Identificar e caracterizar a população com IN numa época pandémica, identificando o impacto das medidas nacionais instituídas para gestão destes casos.
MATERIAL E MÉTODOS:
Estudo retrospetivo observacional descritivo nos doentes internados de 01 de janeiro a 31 de março de 2021, num serviço de medicina interna, no contexto de Infeção SARS-COV-2, após alta clínica. Dados recolhidos em processo eletrónico com análise estatística descritiva.
RESULTADOS:
O estudo envolveu 30 doentes, 53% de mulheres, m =75 anos, 23% com >85 anos. A média global de internamento foi de 20 dias (máximo de 58 dias), sendo inferior a duas semanas em 21 doentes. O total de dias de IN foi de 334 com um total de dias de internamento global de 595 (56,13% de ocupação indevida). Detetada uma média de IN de 11 dias (inferior à média nacional anual de 12,6 dias). O principal motivo de IN foi a incapacidade de resposta do familiar/cuidador em período de COVID-19 (36,6%), sendo o segundo o aguardar lar e a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados (20% e 16,67% respetivamente). 57% dos doentes estudados apresentaram intercorrências no decurso do período de IN com um total de 38 intercorrências ocorridas evitáveis. A principal intercorrência foi a infeção nosocomial do trato urinário (46,7%). A média de intercorrências ocorridas por doente no grupo de internamentos <2 semanas foi de 0,4, sendo de 1 no grupo de 3 a 4 semanas de internamento e de 1,2 no grupo de mais de 5 semanas de internamento. 30% dos doentes tiveram alta para o domicílio, com um número de dias de espera médio de 5 dias. 27% dos doentes tiveram alta para estruturas de retaguarda com tempos médios de espera de 10 dias. A taxa de mortalidade foi de 20%, tendo este grupo o tempo de espera médio de 20 dias. Perante uma taxa de ocupação média de 10 dias de internamento agudo e um custo médio unitário diário de 317€, estes IN limitaram o internamento de 42 doentes agudos e condicionaram um custo total indevido de 105 878€.
CONCLUSÕES:
Apesar do limitado número de doentes, o período curto analisado demonstra o risco de IN presente maioritariamente no doente idoso a condicionar intercorrências e custos evitáveis, bem como a ocupação indevida de camas. Este trabalho reflete o

constrangimento da atividade no serviço de medicina interna provocado pelos casos de IN, apesar de estruturas excecionais dirigidas à época pandémica.

PA n.º 0700

Um caso de doença celíaca com anticorpos negativos

Telma Pais(1);Sofia Romão(1);Ana de Matos Valadas(1);Tiago Sepúlveda Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Na sua forma clássica, a doença celíaca (DC) apresenta-se com diarreia e/ou um quadro de má-absorção gastrointestinal; a sua forma atípica é mais insidiosa, manifestando-se, por exemplo, com anemia ferropénica, osteoporose, elevação das transaminases ou sintomas neurológicos. O rastreio é feito através da avaliação de marcadores serológicos, e confirmado através do exame anatomopatológico de biópsias duodenais (BD).
Caso clínico: Reportamos o caso de uma doente de 76 anos com queixas de cansaço, dispneia e astenia de longa data, associadas a precordialgia e palpitações com uma semana de evolução.
Encontrava-se emagrecida (índice de massa corporal 15,1 kg/m2), pálida e taquicardica, com evidência laboratorial de anemia microcítica hipocrómica (hemoglobina 3,6 g/dL, volume globular médio 52 fL e hemoglobina corpuscular média 13 pg), sem evidência de hemólise. Demonstrou boa resposta ao suporte transfusional, com melhoria das queixas, e manteve-se sem perdas hemáticas.
Por défice de ferro e folatos, iniciou suplementação dos mesmos, bem como apoio nutricional. O estudo serológico de DC (anticorpos IgA anti-gliadina e anti-transglutaminase) foi negativo, em doente sem défice de IgA.
No entanto, o estudo endoscópico alto revelou achados compatíveis com DC, confirmados por exame anatomopatológico das BD, iniciando dieta com evicção de glúten. Detetada ainda candidíase esofágica (em provável contexto de imunossupressão por défice nutricional), tratada com fluconazol.
Foi diagnosticado hipotiroidismo de novo, com anticorpos anti-tiroperoxidase positivos, sendo iniciado tratamento com levotiroxina.
Discussão: Na presença de um quadro de desnutrição e anemia ferropénica, deverá ser equacionada a possibilidade de DC. Neste caso, destacamos que um estudo serológico negativo, mesmo na ausência de défice de IgA, não permite a exclusão do diagnóstico, devendo ser ponderada a realização de BD, bem como o rastreio de outras patologias autoimunes.

PA n.º 0702

Vasculite crioglobulinémica: flare por SARS-CoV-2 e complicações da imunossupressão

Adriana Luísa Costa(1);Ana Vitória Soares(1);Miguel Ângelo Neto(1);Francisca Azevedo Correia(1);Vanessa Meireles Chaves(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
A vasculite crioglobulinémica é uma doença autoimune, com indicação para terapêutica imunossupressora quando há envolvimento sistémico. Perante um flare da doença há necessidade de corticoterapia em alta dose, sendo importante a pesquisa do fator precipitante.
Caso clínico
Mulher, 52 anos, com vasculite crioglobulinémica há 20 anos, com atingimento cutâneo e renal, sob terapêutica de substituição de função renal, sob terapêutica de manutenção com Prednisolona 10mg/dia. Destacar infeção SARS-CoV 2 no mês prévio. Recorreu ao SU por febre e lesões purpúricas do tipo vasculítico dispersas pelos membros superiores e inferiores. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Assumido flare de vasculite crioglobulinémica com atingimento cutâneo e infeção sem ponto de partida identificado. Iniciou empiricamente vancomicina e piperacilina tazobactam e pulsos de metilprednisolona 1g/dia, que cumpriu durante 5 dias, passando posteriormente a prednisolona 1mg/Kg/dia. Após o isolamento de Staphylococcus aureus meticilino-sensível em hemoculturas fez-se o ajuste para flucloxacilina, tendo-se admitido sépsis com ponto de partida cutâneo. Adicionalmente, apresentou crioglobulinas positivas, com restante estudo autoimune negativo, corroborando o flare de vasculite crioglobulinémica. A doente apresentou melhoria franca das lesões cutâneas, mas evoluiu desfavoravelmente, com necessidade de sessões de hemodiálise extra por dificuldade na gestão da volemia. Ao 25º dia de internamento iniciou retorragias, evoluindo para choque e perfuração do cólon esquerdo, seguidas por complicações infeciosas e hemodinâmicas, com desfecho desfavorável.
Discussão
Trata-se de um caso de flare de vasculite crioglobulinémica, com atingimento cutâneo, apontando-se como trigger a infeção prévia por SARS-CoV2 versus bacteriemia por Staphylococcus aureus. A imunossupressão numa fase inicial é imperativa. No caso citado, optou-se pela corticoterapia em alta dose, protelando-se o início de rituximab atendendo à infeção ativa. O caso descrito faz-nos questionar sobre o contributo da hipovolemia/hipoperfusão e do envolvimento vasculítico da parede intestinal para a perfuração intestinal. Ilustra, ainda, a dificuldade na resolução de processos infeciosos em doentes imunodeprimidos.

PA n.º 0704

Historia clínica – um Reinado sem fim à vista

Carolina Xavier de Sousa(1);Inês Bonito(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os stroke mimics confundem marchas diagnósticas ao imitarem a sintomatologia de um acidente vascular cerebral (AVC). Uma cuidadosa colheita de História clínica permite-nos ponderar outras hipóteses diagnósticas. Caso clínico: Mulher de 41 anos com história de Nevralgia do Trigémeo recorreu ao Serviço de Urgência por parestesias do hemicorpo direito com 3 dias de evolução. Realizou tomografia computorizada crânio-encefálica que mostrava alterações inespecíficas. Foi internada com o diagnóstico presumido de AVC isquémico. Durante o internamento apresentou cefaleias frequentes e incapacidade para a marcha. No exame neurológico objetivou-se alterações mnésicas, parésia facial periférica, abolição dos campos visuais direitos lateral e superior, diminuição da sensibilidade táctil em todo o hemicorpo direito e paresia IV/V homolateral, dismetria na prova dedo-nariz, prova romberg positiva, marcha assimétrica e reflexos diminuídos à direita. Uma colheita de história clínica cuidada e exaustiva com perscrutação de registos clínicos revelou episódios prévios de hipostesias, paresia facial, perda de continência vesical, alterações da acuidade visual que reverteram espontaneamente. Levantaram-se assim outras hipóteses diagnósticas. A ressonância magnética encefálica mostrou sete focos de hiperintensidade em T2 na substância branca, maioritariamente periventriculares sugerindo lesões desmielinizantes. A punção lombar foi positiva para bandas oligoclonais IgG no liquido cefalorraquidiano. Foi assim feito o diagnóstico de Esclerose Múltipla. A doente fez um ciclo de metilprednisolona com melhoria motora mas mantendo à alta necessidade de apoio na marcha. Com este caso clinico pretendemos realçar a importância de uma boa historia clinica que nunca deixa de ser o fator diagnóstico mais importante mesmo numa época tao tecnologicamente dependente.

PA n.º 0712

Diagnóstico diferencial da dor lombar – um desafio para o Internista

Sofia Almada(1);Maria da Luz Brazão(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os autores apresentam o desafio da abordagem multidisciplinar de um caso clínico de dor lombar. Doente de 78 anos, com antecedentes de hepatite autoimune e TEP, seguida na Medicina Interna (MI) e medicada com rivaroxabano e azatioprina. Em 2021 por paraparesia e cervicolombociatalgias bilaterais, fez TC cerebral, cervical e lombar que revelou alterações degenerativas, tendo iniciado hidromorfona com melhoria das queixas. Em 02-2022, pedido apoio da Neurocirurgia (NC) por lombalgias severas e marcada limitação funcional. RMN cerebral, RX da bacia e RX dos joelhos (sem alterações), TC cervical (alterações degenerativas) TC lombar (fratura dos corpos vertebrais L2 e L3, e exuberante retropulsão dos seus muros posteriores, com compromisso plurirradicular, e estenose foraminal bilateral em L5-S1, com compromisso do trajeto da raiz de L5 D. Proposta artrodese D12-L1 e L4-L5 precedida de RMN lombar (esclarecer fratura L2-L3, e avaliar o risco/benefício da cirurgia). Fica a aguardar decisão cirúrgica, em Lar cumprindo repouso e medicada com gabapentina e hidromorfona + paracetamol e metamizol em SOS, mantendo medicação habitual. RMN lombar (suspeita de espondilodiscite L2-L3). Ficou em internamento hospitalar, e face às suas comorbilidades, inicia ciprofloxacina empírica em 22-2-2022. No internamento, teve como intercorrências, infeção do trato urinário e pneumonia, (fez antibioterapia), mantendo a ciprofloxacina. Ao 10º dia de testa positivo para SARS-Cov 2 pelo que ficou 2 semanas na área COVID. Em 03-2022, já sem parésias, fez biópsia de L2-L3 por má evolução analítica, e suspeita de tuberculose óssea, que não se confirmou. Foi observada e orientada pela Psicologia. Em 24-3-2022 assintomática, sem déficits motores mas com lentificação cognitiva, fez RMN lombar de controle (excelente evolução das lesões de L2 e L3 com fusão das vértebras). Iniciou levante com dorsolombostato e foi prolongada ciprofloxacina até aos 60 dias fazendo switch para PO aos 45 dias. A 9-5-2022, regressa ao lar. continua seguimento por MI e NC, medicada com fluoxetina e gabapentina e repete RMN lombar aos 6 meses. Os autores salientam, o desafio na abordagem desta doente idosa, com múltiplas comorbilidades e intercorrências e chamam a atenção, para a importância da abordagem multidisciplinar sob a orientação do Internista.

PA n.º 0719

Mixoma auricular a propósito de um caso de embolização sistémica

Francisco Guimarães(1);Inês Ladeira Figueiredo(1);Nataliya Polishschuk(1)
(1) Hospital Cuf Descobertas

Tema: Doenças cardiovasculares

A prevalência de tumores primários cardíacos é muito baixa, em alguns estudos a sua incidência é de aproximadamente 0.02% das autópsias gerais. Apenas 29% dos mesmos estão associados a embolias sistémicas, sendo as cerebrais as mais comuns.

Os autores trazem um caso de uma doente de sexo feminino de 32 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, medicada com contraceptivo oral e sem hábitos tabágicos, nem toxifilícos. Apresentou-se na urgência com quadro de dor no 4º dedo do membro superior esquerdo com poucas horas de evolução.
À observação apresentava-se com dor do 2º ao 5º dedos da mão esquerda, com lesões eritematosas na eminência hipotenar, pulso radial e braquial amplos. Teste de Allen positivo. Sem outras alterações no exame objetivo.
A avaliação laboratorial inicial sem alterações relevantes incluindo estudo de d-dímeros.
Realizou Angio-TC torácica e do membro superior esquerdo sem apresentar alterações vasculares, nem outras de menção.
Pela apresentação colocou-se como principal hipótese de diagnóstico embolização sistémica, tendo-se por isso solicitado ecocardiograma transtorácico que revelou uma massa volumosa de diâmetro 28x37mm ocupando a aurícula esquerda, compatível com mixoma auricular.
Por esta razão foi encaminhada para hospital de referência, onde se procedeu à excisão da massa, que confirmou o diagnóstico, estando clinicamente estável no pós-operatório imediato.
Com este caso, os autores esperam alertar para a importância do exame objetivo e do reconhecimento dos sinais que podem levar a diagnósticos que, se passam despercebidos, acabariam com desfechos fatais.

PA n.º 0725

When position is key: abordagem de um caso de dispneia paroxística.

Pedro Ribeirinho-Soares(1);Nuno Melo(1);Estela Sousa(1);Inês Silva(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A insuficiência respiratória (IR) hipoxémica é um diagnóstico prevalente, compreendendo múltiplas etiologias - da infeção, às doenças do parênquima e tromboemólicas - cuja destrinça é essencial. O síndrome de platipneia-ortodeoxia (SPO) é um achado clínico infrequente e uma causa rara de IR hipoxémica.

Caso Clínico
Sexo feminino, 79 anos, com diagnóstico prévio de asma, HTA e tuberculose pulmonar na infância.
Avaliada no Serviço de Urgência por quadro de dispneia progressiva, associada a febre com 3 dias de evolução, tendo apresentado episódio de lipotimia na passagem para o ortostatismo. Ao exame objetivo encontrava-se febril, taquipneica e com SpO2 em ar ambiente de 70%; à auscultação cardíaca apresentava um sopro holossistólico de intensidade II/VI no BEE.
Realizou gasometria arterial que revelou IR hipoxémica (PaO2/FiO2 180), sem hiperlactacidemia; ECG em ritmo sinusal, sem desvio do eixo e sem sinais de isquemia aguda ou crónica. Analiticamente apresentava elevação da proteína c-reativa (105 mg/L), sem subida significativa de marcadores de necrose miocárdica. Realizou angioTC torácico que excluiu TEP.
Após 7 dias de antibioterapia empírica em internamento, apresentou descida sustentada de parâmetros inflamatórios, mantendo insuficiência respiratória hipoxémica moderada. Apresentou um episódio de dessaturação grave na posição de ortostatismo, associada a taquipneia, revertido parcialmente após o decúbito. Realizou ecocardiograma com pesquisa de shunt que foi positiva, com passagem de grande quantidade de soro fisiológico agitado da AD para a AE; o ecocardiograma transesofágico documentou a presença de forâmen ovale patente (FOP) de grandes dimensões, com shunt interauricular bidirecional com predomínio direito esquerdo. Efetuado o diagnóstico de síndrome de platipneia-ortodeoxia tendo-se decidido pela correção do defeito interauricular por via percutânea com o dispositivo Amplatzer ASD Occluder 17 com bom resultado imediato, apresentando melhoria clínica franca e descida progressiva das necessidades de oxigenoterapia suplementar.

Discussão
O diagnóstico de SPO é desafiante requerendo um elevado nível de suspeição. O reconhecimento desta síndrome é fundamental, permitindo a compreensão da fisiopatologia da hipoxemia e o tratamento adequado deste grupo de doentes.

PA n.º 0729

Hipertensão Arterial Pulmonar e Síndrome de Sjögren primário: uma associação rara.

Pedro Ribeirinho-Soares(1);Estela Sousa(1);Inês Silva(1);Francisco Almeida(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A hipertensão pulmonar nos doentes com Síndrome de Sjögren primário (SS) é infrequente, particularmente na ausência de doença pulmonar parenquimatosa. Até à data não existem relatos de casos Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) associados a SS em Portugal.

Caso Clínico
Sexo feminino, 75 anos, diagnóstico prévio de HTA, DM, FA e granuloma anular cutâneo. Internada para estudo de dispneia com seis meses de evolução, associada a edema periférico, ortopneia e dispneia paroxística noturna. Referida ainda sintomatologia compatível com síndrome sicca com dois anos de evolução. Ao exame objetivo apresentava diminuição dos sons respiratórios bilateralmente, lesões compatíveis com granuloma anular nos membros superiores e inferiores e edema periférico até à raiz da coxa. A radiografia torácica revelou a presença de derrame pleural bilateral.
No internamento foi realizado ecocardiograma transtorácico que documentou dilatação moderada de câmaras direitas e da aurícula esquerda, hipertrofia concêntrica do ventrículo direito, elevação da PSAP (55+15mmHg) e disfunção ventricular direita. Realizado cateterismo cardíaco esquerdo e direito que foi compatível hipertensão pulmonar (HTP) combinada (PAPM=48 mmHg, PWP=18 mmHg e RVP 10 UWood).
Adicionalmente, a ecografia abdominal, angioTC tórax, cintigrafia de ventilação/perfusão não revelaram alterações. As serologias víricas foram negativas. Salienta-se a positividade para ANAs (1/1000 padrão mosqueado) e anti-SSA (anti-Ro52). Realizada cintigrafia das glândulas salivares que documentou parotidite subaguda bilateral e biópsia que foi compatível com SS (focus score 1,4/4mm2).
Apresentou melhoria clínica progressiva após diurético endovenoso. Dado o diagnóstico de SS com atingimento mucocutâneo e vascular e HTP combinada, iniciou sildenafil 25mg tid, ambrisentano 5mg id e prednisolona 5mg com boa tolerância.

Discussão
O diagnóstico de HAP no SS é desafiante, sendo fundamental o seu reconhecimento para o tratamento adequado destes doentes. É necessários estudos adicionais para compreender qual o melhor tratamento do SS neste subgrupo de doentes, bem como qual a melhor estratégia de imunossupressão.

PA n.º 0736

Dor lombar - um diagnóstico que não foi a primeira bola a sair do saco

Patricia Manuela Fernandes(1);Ana Cláudia Cunha(1);Cláudia Diogo(1);Ana Filipa Neves(1);Behnam Moradi(1);Raquel Silva(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) CHLP - HOSPITAL SANTO ANDRÉ EPE - LEIRIA

Tema: Doenças oncológicas

Os autores apresentam o caso de um jovem de 32 anos, saudável, que recorreu ao serviço de urgência por lombalgia esquerda intensa com alguns dias de evolução, constante, refractária à analgesia, negando febre ou queixas urogenitais. Por melhoria relativa da dor e exames complementares sem alterações de relevo, tem alta com o diagnóstico presumptivo de cólica renal sob terapêutica anti-alfa1-adrenérgica e anti-inflamatória. Regressa ao SU uma semana depois por manutenção da dor, com análises sem aumento dos parâmetros inflamatórios e sumária de urina sem leucócitos, nitritos ou eritrócitos, realizando urotomografia que revelou massa lateroaortica esquerda a envolver o ureter e a condicionar ureterohidronefrose moderada, sendo internado para estudo. Ao exame objectivo no internamento a destacar testículo esquerdo com consistência dura, indolor, com tumefacção no pólo inferior (imperceptível/não valorizada pelo doente previamente), sem sinais inflamatórios ou hidrocelo. Pedida ecografia escrotal que revelou massa de contornos lobulados, hipoecogénica e com aumento da vascularização, a comprometer os dois terços inferiores do testículo. Realizado doseamento da alfafetoproteína e gonadotrofina coriónica humana, sem elevação. Solicitada colaboração da Urologia por suspeita de etiologia neoplásica, corroborada pela observação da especialidade. O doente teve alta com orquidectomia radical urgente marcada para a semana seguinte, e criopreservação de esperma, confirmando-se pela anatomia patológica o diagnóstico de seminoma, sendo orientado para quimioterapia adjuvante.
A dor lombar é um sintoma frequente na urgência, querendo os autores ressaltar que as suas características devem ser bem exploradas de forma a não se olvidar diagnósticos mais graves - como é o caso das neoplasias testiculares, que embora incomuns são a neoplasia mais frequentes nos homens adolescentes e adultos jovens, com elevada mortalidade se diagnosticadas em estadios mais avançados.

PA n.º 0754

PNEUMOCISTOSE E CIRROSE HEPÁTICA: QUAL A LIGAÇÃO?

Carolina Henriques(1);Carolina Carvalhinha(1);Francisco Barreto(1);Rui Fernandes(1);Rubina Miranda(1);Maria da Luz Brazão(1);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL-Marmeleiros

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Pneumonia a Pneumocystis Jiroveci (PPJ), é uma doença infeciosa com relevante morbimortalidade em portadores de VIH. Contudo, pode ocorrer em doentes com moderado grau de imunodeficiência (portadores de neoplasias malignas/uso de corticoide crónico). É rara nos imunocompetentes sendo mais agressiva e mortal (50%). Nos doentes com cirrose hepática poderá ocorrer uma desregulação intrínseca do sistema imune que predispõe a um maior risco de complicações infeciosas, contudo ainda incerto para infeções oportunistas.

Caso Clínico: Homem, 58 anos, com cirrose hepática por infeção crónica a VHC, admitido por dispneia, insuficiência respiratória parcial e tosse. À observação: vígil, polipneico, saturação periférica 75% (FIO2), auscultação pulmonar com crepitações dispersas e diminuição do murmúrio vesicular. Análises: leucocitose, neutrofilia, PCR 30,92 mg/L, DDímeros 1370 ng/mL, 2 testes PCR SARS COV 2 negativos, serologia VIH negativa; radiografia de tórax com infiltrado bilateral disperso e tomografia computorizada com infiltrados pulmonares em vidro despolido bilaterais, espessamento dos septos interlobulares, caraterístico de padrão crazy paving, sugerindo ARDS, pneumonia bacteriana incipiente. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina empíricos. Por agravamento clínico/imagiológico, realizou broncofibroscopia com colheita de secreções e lavado bronco-alveolar (LBA). Constatou-se DNA Pneumocystis Jiroveci positivo no LBA e iniciou cotrimoxazol que cumpriu durante 21 dias. Observou-se evolução clínica e imagiológica favorável.
Conclusão: A PPJ é muito rara em não portadores de VIH. Apesar do doente não apresentar nenhuma das condições de risco mais conhecidas, destaca-se a presença de cirrose hepática que poderá predispor à PPJ. Em suma, o caso salienta a importância de considerar microrganismos incomuns nos doentes com cirrose hepática e a importância de uma marcha diagnóstica rigorosa numa entidade infeciosa potencialmente mortal.

PA n.º 0755

Síndrome de May-Thurner - um caso clínico

CATARINA LIZARDO CRUZ(1);Margarida Pereira(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças raras

Síndrome de May-Thurner, também conhecido como Síndrome de Cockett ou Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca, é uma variante anatómica caracterizada pela compressão extrínseca da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita que se manifesta frequentemente como insuficiência venosa crónica ou trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo. Apesar de ser uma entidade clínica rara, a evolução dos métodos de imagem e a proliferação do tratamento endovascular da TVP tornou este diagnóstico cada vez mais frequente na prática clínica. Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos de idade com 3 dias evolução de edema assimétrico e dor no membro inferior esquerdo. Como antecedentes pessoais apresentava VIH sob terapêutica anti-retrovírica e carga viral indetétavel, hipertensão arterial essencial sob hidroclorotiazida e história de carcinoma pavimento-celular do colo do útero submetido a histerectomia total sem evidência de recidiva. A doente realizou angio-tomografia computorizada que mostrou uma extensa trombose venosa profunda a` esquerda, envolvendo as veias popliteia, femoral, ilíaca externa e ilíaca comum, com compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita sugestivo de Síndrome de May-Thurner. A doente iniciou terapêutica anticoagulante com enoxaparina subcutânea 1 mg/Kg de 12/12h, meia de compressão elástica e foi encaminhada à consulta de doenças tromboembólicas. Após 6 meses de terapêutica verificou-se significativa melhoria do edema do membro inferior, porém com escassa recanalização da veia femoral em ecodoppler de reavaliação.
O diagnóstico de Síndrome de May-Thurner implica o conhecimento da condição e um alto grau de suspeição uma vez que a etiologia dos sintomas pode ser multifatorial e envolver entidades clínicas associadas como o refluxo venoso superficial, a síndrome po´s-trombo´tica e o linfedema primário.

PA n.º 0758

Um caso de espondilodiscite por Streptococo mitis/oralis

Sara Correia(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os procedimentos odontológicos poderão ser promotores de bacteriémias, com repercussões sitémicas graves. A infeção por Streptococo mitis/oralis frequentemente presente na cavidade oral, no caso exposto provocou um quadro de endocardite (a infeção bacteriana de origem odontológica mais descrita) e também um quadro de espondilodiscite.
Caso Clínico: Homem de 67 anos de idade, autónomo, que recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia intensa com 3 semanas de evolução. O primeiro estudo analítico revelou anemia e trombocitopenia, sem leucocitose mas com uma Proteína C reativa de 6,9. As hemoculturas isolaram um Streptococo oralis e nesta fase o doente revela ter estado em processo de extração de várias peças dentárias para colocação de prótese no mês anterior ao internamento. Foi então realizado estudo imagiológico e embora a Tomografia Computorizada da coluna lombar não revelasse alterações, a persistência das queixas motivou a realização de Ressonância Magnética que identificou hipersinal em D11-D12 compatível com fenómeno de espondilodiscite. Por persistência de parâmetros inflamatórios de fase aguda aumentados e evidência de febre, e tendo em conta história de procedimento odontológico recente, foi completado estudo com ecocardiograma transtorácico que revelou vegetação aderente aos folhetos anterior e posterior da válvula mitral. O doente cumpriu tripla antibioterapia com Ceftriaxona, Vancomicina e Gentamicina, com evolução favorável do quadro clínico.
Discussão: A anamnese é fundamental na investigação diagnóstica. A clínica do doente permitiu o diagnóstico de espondilodiscite, mas só após o resultado das hemoculturas foi possível estabelecer o elo de ligação entre o procedimento odontológico e o diagnóstico de endocardite bacteriana. Este caso assinala a importância das repercussões sistémicas das manipulações orais, com um caso de espondilodiscite pouco frequentemente associado a estes procedimentos.

PA n.º 0761

Carcinomatose ou tuberculose peritoneal - um desafio

Catarina Negrão(1);Rita Sismeiro(1);Telma Martins(1);Margarida Brito Monteiro(1);Marta Jonet(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose é a segunda principal causa de morte, por doença infeciosa, podendo apresentar-se de múltiplas formas. A tuberculose peritoneal (TP) é uma mimetizadora da carcinomatose peritoneal, apresentando sintomas, sinais e achados imagiológicos na tomografia computorizada (TC) semelhantes, tornando o diagnóstico diferencial desafiante.
Caso: Mulher de 36 anos, guineense, em Portugal há 3 anos, recorreu ao serviço de urgência por dois meses de cansaço, febre diária vespertina, perda ponderal de 12%, toracalgia esquerda pleurítica e dor e distensão abdominal. Referia contacto próximo com tuberculose pulmonar na Guiné. Analiticamente: aumento da velocidade de sedimentação (44 mm/s), da PCR (16 mg/dL), do CA-125 e dos parâmetros de citocolestase; anemia normocítica e hiponatremia. A TC de corpo sugeriu carcinomatose peritoneal com derrame pleural, ascite e espessamento difuso pleural. A toracoscopia corroborou o espessamento pleural. A paracentese revelou líquido ascítico compatível com exsudado linfocítico, com elevação da adenosina deaminase (73 U/L). A pesquisa de células neoplásicas, exames culturais e PCR de Mycobacterium tuberculosis foram negativas no líquido pleural e ascítico e na biópsia pleural.
Assumiu-se o diagnóstico presuntivo de tuberculose peritoneal e iniciou terapêutica tuberculostática quádrupla com resolução gradual da febre, do cansaço e recuperação ponderal, associado a melhoria analítica global. A PET-FDG realizada após 3 semanas de terapêutica sugeriu diagnóstico diferencial entre etiologia maligna (mesotelioma/ linfoproliferativa) ou granulomatosa/infeciosa (nomeadamente tuberculose), apoiando o diagnóstico estabelecido.
Discussão: O caso reforça o desafio diagnóstico, tanto clínico como imagiológico entre carcinomatose peritoneal e TP. Realça a importância de considerar esta hipótese diagnóstica nas síndromes constitucionais que se associam a ascite e espessamento pleural e sempre que exista contexto epidemiológico sugestivo.

PA n.º 0764

A cólica renal não é só litíase

Carolina Brandão Monteiro(1);Raquel Mendes Boto(1);Lilia Savka(1);Nuno Reis Carreira(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Alexandra Wahnon(1);Carolina Carreiro(1);Maria José Pires(1);Ana Carolina Santos(1);Ana Maria Baltazar(1);Ana Castro Barbosa(1);Ana Furão Rodrigues(1);Liliana r. Santos(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A cólica renal é uma patologia frequentemente diagnosticada no Serviço de Urgência (SU) pela sua apresentação clínica típica associada à etiologia litiásica. A terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides e alfa bloqueante é eficaz e, na maioria dos casos, a única intervenção necessária. Apesar disso, a avaliação imagiológica, preferencialmente com tomografia computadorizada (TC) com contraste é mandatório para excluir complicações, confirmar a presença e dimensão de cálculo ou fazer diagnóstico diferencial de outras patologias que cursam com esta sintomatologia.
Caso clínico: Mulher, 51 anos, saudável. Recorre ao SU por lombalgia esquerda com irradiação à raiz da coxa homolateral e disúria. Ao exame objetivo encontrava-se febril, com dor à palpação do hipocôndrio e flanco esquerdos e Murphy renal presente à esquerda. Analiticamente com leucocitose 16.300, anemia normocítica normocrómica com hemoglobina de 10.4g/dL e PCR 27.5mg/dL. Na análise da urina com eritrocitúria. Realiza TC abdomino-pélvica onde se identifica volumosa lesão da sigmoideia com compressão e invasão do ureter esquerdo a condicionar uretero-hidronefrose esquerda e múltiplas adenomegálias mesentéricas e lombo-aórticas. Foi avaliada pela Urologia tendo colocado stent duplo J para alívio da ureterohidronefrose causada pela obstrução extrínseca. Após realização de exames de estadiamento e reunião multidisciplinar, foi submetida a transversostomia de derivação.
Discussão: No SU, a cólica renal é muitas vezes abordada sintomaticamente e diagnosticada apenas com base na clínica. Serve este caso para realçar a indispensabilidade da utilização de exame de imagem na exclusão de complicações ou diagnóstico de outra patologia que justifique a clínica. Desta forma identificou-se uma patologia de maior gravidade e foi possível tomar decisões terapêuticas com impacto no prognóstico atempadamente.

PA n.º 0768

Hipertensão secundária a feocromocitoma

Eulália Antunes(1);Bruno Sousa(1);Joana Lopes(1);Rui Jorge Silva(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cardiovasculares

A hipertensão arterial é uma das principais patologias cardiovasculares do mundo, no entanto, apenas 5 a 10% dos hipertensos apresentam hipertensão secundária.
Mulher de 70 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicada com irbesartan e amlodipina, dislipidemia, obesidade e glaucoma. Apresentava seguimento em consulta externa de Cardiologia por palpitações, sendo, posteriormente, orientada para a consulta externa de Medicina Interna por nódulo suprarrenal direito evidenciado em TC abdominal realizado em contexto de dor abdominal. A doente referia ainda perfil tensional variável e falta de força nos membros inferiores. Ao exame físico apresentava palidez cutânea sem outras alterações de relevo. Perante a suspeita de feocromocitoma, quer pela sintomatologia descrita, quer pelos achados imagiológicos, pedido o doseamento de metanefrinas urinárias cujo resultado foi positivo (total 1816 ug/24h; metanefrina 1080 ug/24h; normetanefrina 736 ug/24h). Deste modo, iniciou bloqueio adrenérgico sendo, futuramente, submetida a adrenelectomia e enviada peça cirúrgica para anatomia patológica que concluiu tratar-se de feocromocitoma. Após cirurgia, foi observado bom controlo tensional sem necessidade de nenhuma classe farmacológica e resolução das palpitações.
Os feocromocitomas são tumores localizados nas glândulas suprarrenais com origem nas células cromafins, produtores de catecolaminas. Constituem uma das causas de hipertensão secundária, sendo responsáveis por apenas 0,2% dos casos de hipertensão. Apenas 50% dos indivíduos vão apresentar sintomatologia compatível com esta patologia e, na sua maioria, os sintomas são paroxísticos, tal como descrito no caso apresentado.

PA n.º 0769

AVC no jovem, um desafio diagnóstico e terapêutico!

Dra. Leonor Soares(1);Cristiano Gante(1);Russo Esteves(1);Marta Vieira(1);Rita Cruz(1);Laura Moreira(1);Adriana Watts Soares(1);Rita Prayce(1);Pedro Pires(1);Umbelina Caixas(1)
(1) Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Acidente Vascular Cerebal (AVC) no adulto jovem é um desafio diagnóstico dado que abrange um grande número de etiologias possíveis, onde se incluem as doenças inflamatórias, imunomediadas e infecciosas.
Caso clínico: Homem de 35 anos, natural do Brasil com diagnóstico de infeção VIH 1 sem adesão terapêutica e sífilis em teste de rastreio há cerca de um ano, sem terapêutica realizada.
Admitido inicialmente na Unidade Cerebrovascular por quadro súbito de tetraparesia, anartria e disfagia, mantendo capacidade de compreensão e movimentos oculares e cefálicos. Estudo imagiológico com tomografia computorizada e ressonância magnética crânio-encefálica revelou lesão isquémica aguda protuberancial bilateral, com irregularidade do preenchimento luminal da artéria basilar e estenose pré-oclusiva do terço distal, esta última comprovada por ecodoppler transcraniano. Do estudo etiológico destacava-se serologia para VIH 1 positiva com contagem de linfócitos T CD4+ 104 cels/mL e carga viral de 244000 cópias/mL, representando um estadio C3. VDRL 1/16 +. Assim, realizado estudo citoquímico e serológico do líquido cefalorraquidiano (LCR) com: células mononucleares 48/uL (N: 0-5/uL), glicose 43mg/dL (N: 45-80mg/dL), proteínas 98mg/dL (N: 20-40mg/dL), carga viral do VIH no LCR 408000 cópias/mL e VDRL negativo. Admitindo como hipóteses mais prováveis AVC por vasculite associada ao VIH e sífilis meningovascular, iniciou terapêutica antiretroviral com Lamivudina + Dolutegravir e benzilpenicilina sódica em dose de neurossífilis.
Agravamento clínico inicial com alteração do estado de consciência a comprometer via aérea com necessidade de transferência para unidade de cuidados intermédios para maior vigilância, tendo-se mantido sem necessidade de suporte ventilatório invasivo. Sob a terapêutica referida e programa de reabilitação motora observou-se melhoria clínica progressiva que permitiu step-down para enfermaria e posteriormente unidade de reabilitação, já com capacidade de marcha com apoio.
Conclusão: Este caso pretende alertar para duas causas complexas de AVC no jovem e incentivar o escrutínio diagnóstico e a agressividade terapêutica em doentes jovens com elevado potencial de reversibilidade.

PA n.º 0770

Utilização de antimicrobianos no internamento de Medicina Interna

Sérgio Antunes Silva(1);Elena Ríos(1);José Manuel Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A utilização generalizada de antimicrobianos é um dos principais fatores no desenvolvimento de resistências e que se tem assumido como uma das prioridades mundiais. Assim sendo têm sido realizados vários esforços na tentativa de redução da prescrição dos mesmos nomeadamente a utilização de "antibiotic stewardship". No entanto Portugal é um dos países que apresenta maiores taxas de resistência a antimicrobianos na Europa.
Objetivo: O estudo tem como objectivo a caracterização da utilização de antimicrobianos durante um período temporal em doentes internados a cargo de um serviço de Medicina Interna
Material e Métodos: Estudo transversal retrospectivo com base na consulta do processo clínico dos doentes internados a cargo de um serviço de Medicina Interna durante 1 semana no mês de abril de 2021. Foram avaliados dados demográficos, utilização de antimicrobianos durante a semana em estudo bem como antimicrobianos prévios, assim como os diagnósticos que conduziram a essa decisão. Os dados foram analisados com recurso a Excel
Resultados: Foram incluídos 58 pacientes com uma média de idades de 79,7 anos (35-98 anos), sendo 53% do sexo masculino. Durante o período de tempo em análise 29 pacientes estavam sob terapêutica antibacteriana e 1 sob terapêutica antifúngica, ou seja cerca de 51% dos pacientes internados. No que diz respeito aos diagnósticos que justificam a utilização de antimicrobianos os mais comuns reportam-se a infeção do trato respiratório (n=17) e do trato genitourinário (n=5). Do total de pacientes sob antimicrobianos durante o período em análise 26% (n=8) tinham já realizado previamente algum tipo de antimicrobiano; os diagnósticos mais comumente identificados foram a pneumonia nosocomial (n=7) e cistite (n=1).
Um dos aspectos mais importantes na utilização racional de antimicrobianos relaciona-se com a sua adequação ao microorganismo identificado em estudos culturais. Do estudo microbiológico realizado apenas 1 das 15 hemoculturas identificaram 1 agente enquanto que das 10 uroculturas realizadas 7 conseguiram identificação de microorganismo (70%).
Os antimicrobianos mais utilizados pertencem ao grupo dos beta-lactâmicos (onde se incluem as cefalosporinas) e também macrólidos.
Dos 8 óbitos verificados durante o período em análise 6 encontravam-se sob antimicrobiano, no entanto apenas 1 tinha efetuado tratamento prévio.
Conclusões: Este estudo permitiu caracterizar de que modo se utilizam os agentes antimicrobianos, nomeadamente as classes e a racional para a sua utilização. No entanto seria importante ter uma amostra maior sendo também pertinente a comparação com outro período temporal para se perceber se existe uma tendência na redução da utilização de antimicrobianos. Seria também importante perceber se estes dados seriam diferentes se existisse um "antibiotic stewardship".

PA n.º 0776

Antibioterapia empírica no serviço de urgência. O caso da Infeção do Trato Urinário

Ana Isabel Oliveira(1);Daniela Mateus(1);Leonor Pássaro(1);Ana Alvarez Pidal(1);João Gonçalves Pereira(1);João Seabra Barreira(1);Leuta Araújo(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A infeção do trato urinário (ITU) é um diagnóstico clínico habitual no serviço de urgência. A sua prevalência varia de acordo com a idade e sexo, sendo os agentes mais frequentes a Escherichia coli (E.coli), seguido de Klebsiella spp, Proteus spp Perante a suspeita clínica de ITU, está recomendado o início de tratamento antibiótico empírico. Contudo, a utilização inadequada de antibiótico altera o microbioma intestinal e contribui para o desenvolvimento de resistências bacterianas O conhecimento da flora local e respetivos padrões de resistência antibiótica é importante para orientar a escolha da antibioterapia empírica.
Objetivo: Caracterizar os isolamentos microbiológicos e respetivos testes de susceptibilidade aos antibióticos (TSA) de uroculturas e a adequação da prescrição antibiótica em doentes suspeitos de ITU no serviço de urgência.
Material e Métodos: Estudo observacional, retrospetivo (Julho de 2021 a Abril de 2022). Foram avaliados os registos clínicos de adultos, com urocultura positiva, colhida no serviço de urgência. Foi registada a antibioterapia empírica prescrita e a sua adequação de acordo com o TSA. Foram incluídos todos os doentes que colheram urocultura no episódio de urgência. Foi realizada análise estatística descritiva.
Resultados: Foram incluídos 925 doentes, a maioria do sexo feminino (73,8%), com idade média de 63 anos (σ= 22,3). Os agentes mais frequentemente isolados foram a E.coli (64,9%), Klebsiella pneumoniae (15,3%), Proteus mirabilis (5,9%) e Pseudomonas aeruginosa (1,6%). A antibioterapia empirica mais frequente foi a cefuroxima (n= 477, 51,6%), seguido da amoxicilina + ác. clavulânico (n= 177, 19,1%), fosfomicina (n=98, 10,6%) e trimetoprim/sulfametoxazol (n= 80, 8,6%).
Dos 925 doentes estudados, 18,8% (n= 174) foram medicados com antibiótico inadequado, de acordo com o TSA, a maioria do sexo feminino (n=117, 67,2%).
A prevalência de inadequação foi diferente consoante os microrganismos isolados: 9,3% das E.coli, 34,5% das Klebsiella pneumoniae, 9% dos Proteus mirabilis e 86,6% das Pseudomonas aeruginosa foram medicados com terapêutica empírica não adequada. A antibioterapia empírica mais frequentemente prescrita nestes doentes foi a cefuroxima (46% dos casos), seguido da amoxicilina + ác. clavulânico (24,7%), trimetoprim/sulfametoxazol (8,6%) e fosfomicina (7,5%).
Conclusão: Neste estudo foi possível demonstrar uma prevalência significativa de prescrição de antibioterapia inadequada em doentes com suspeita de ITU no serviço de urgência. A colheita de urocultura neste contexto e o contacto com os doentes pode contribuir para melhorar os seus outcomes e diminuir o regresso ao hospital.
Análises deste conteúdo revertem-se de extrema importância na prática clínica, na medida em que, permitem que as decisões tomadas, relativas à antibioterapia empírica em contexto de urgência, possa ser mais informada e adequada à realidade de cada hospital/região.

PA n.º 0798

Linfadenite do tipo Piringer-Kuchinka - uma manifestação atípica de infeção a citomegalovírus

Stanislav Tsisar(1);Mariana Salvado de Morais(1);Mário Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A linfadenite de Piringer-Kuchinka corresponde a uma tríade de alterações histológicas dos gânglios linfáticos com hiperplasia folicular, agregados de macrófagos epitelióides com infiltração do centro germinativo e presença de linfócitos B monocitóides. Classicamente está associada à infeção aguda por Toxoplasma gondii, mas outras etiologias infeciosas têm sido reportadas.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 20 anos, enviada à consulta de Medicina para estudo de quadro de adenopatias cervicais múltiplas com cerca de 1 ano de evolução. Sem outra sintomatologia ou contexto epidemiológico relevante. Do estudo complementar destacavam-se anticorpos IgM e IgG a citomegalovírus (CMV) positivos, tendo sido excluídas outras etiologias infeciosas, nomeadamente Toxoplasma gondii e causa autoimune. A tomografia computorizada (TC) revelou múltiplas adenomegálias cervicais bilaterais de características benignas, a maior com 4 cm, e excluíram-se outras adenopatias ou lesões. A citologia aspirativa e biópsia excisional de gânglio detetaram hiperplasia folicular exuberante, proliferação paracortical de macrófagos epitelióides a permear pontualmente centros germinativos e paracórtex ocupado por agrupamentos de células monocitóides, sugerindo linfadenite do tipo Piringer-Kuchinka. Não se identificavam microorganismos de Toxoplasma spp, mas foram observados linfócitos e neutrófilos com reação positiva ao anti-soro de CMV, ainda que sem as inclusões nucleares típicas de infeção. A doente manteve vigilância em consulta e, sem terapêutica dirigida, assistiu-se a regressão volumétrica das formações ganglionares em TC e diminuição dos níveis de anticorpos anti-CMV ao longo do tempo.
Descreve-se o caso de linfadenite do tipo Piringer-Kuchinka, sem deteção de Toxoplasma gondii e com provável associação a CMV. Embora esta associação esteja pouco reportada na literatura, o CMV deverá fazer parte do diagnóstico diferencial de etiologias infeciosas.

PA n.º 0800

Enfarte medular como complicação de embolização arterial brônquica

Daniela Barbosa Mateus(1);Tânia Faustino Mendes(1);Antony Dionisio(1);Ana Margarida Araújo(1);João Gonçalves Pereira(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
As hemoptises maciças são uma condição potencialmente fatal que requerem avaliação emergente. A embolização arterial brônquica (EAB) é um procedimento eficaz no seu controlo em que, apesar de rara, a isquémia da medula espinhal pode ocorrer como complicação.
Caso clínico:
Masculino, 28 anos, com hipertensão pulmonar idiopática causada por doença veno-oclusiva pulmonar. Medicado com ambrisentan 10mg e tadalafil 20mg. Tinha suspenso rivaroxabano por hemoptises.
Recorreu ao serviço de urgência por hemoptises persistentes. Na admissão, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória e sem queda de hemoglobina. Realizou broncoscopia com presença sangue em ambos os brônquios principais, sem evidência de hemorragia ativa. Durante o internamento, recorrência de hemoptises sem controlo após optimização terapêutica médica e abordagem endoscópica, sendo proposto para EAB. O procedimento foi realizado por acesso da artéria femoral direita, observou-se hipertrofia arterial difusa bilateral e foi submetido a embolização superseletiva bilateral e exclusão arterial bilateral, sem complicações imediatas.
Nas primeiras 24h, desenvolveu quadro de retenção urinária e disestesia dos membros inferiores, evoluindo com incontinência fecal e diminuição da sensibilidade abaixo de T5. Realizou ressonância magnética crânio e coluna com lesões medulares predominantemente posteriores e laterais entre T2 e T5, sem realce após gadolínio. Tendo em conta procedimento recente, foi assumida etiologia isquémica como mais provável. Foi efectuada punção lombar sem alterações. Não se podendo excluir quadro inflamatório nos vasos ao material utilizado para EAB realizou três dias de metilprednisolona 1g, sem melhoria imediata. Dado o risco hemorrágico, decidiu-se não iniciar terapia antitrombótica.
A evolução neurológica e imagiológica foi favorável, mas sem total recuperação. Na alta hospitalar, após 24 dias, apresentava-se sem alterações motoras ou sensitivas nos membros superiores, nível sensitivo D4 à direita e L4 à esquerda com sensibilidade tátil e álgicas alteradas com espasticidade grau 3 nos membros inferiores.

Conclusão:
A EAB é um procedimento seguro e eficaz no tratamento de hemoptises. As complicações, apesar de raras, são graves e significativas.

PA n.º 0801

Tuberculose dissimulada: quando nem tudo o que parece é

Joana Gouveia Santos(1);Mariana Gonzalez Ribeiro(1);Arsénio Barbosa(1);Catarina Santos Reis(1);Paulo Almeida(1);Paula Dias(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O diagnóstico precoce de tuberculose (TB) extrapulmonar é frequentemente dificultado pela apresentação clínica inespecífica.
Caso Clínico: Mulher, 69 anos, no estado habitual de saúde até há cerca de 3 meses, altura em que iniciou quadro de pirose e dor retroesternal em aperto com espasmo esofágico associado. Posteriormente desenvolveu tosse irritativa e emagrecimento de 4kg. Endoscopia alta (EDA) revelou lesão ulcerativa no terço médio esofágico, macroscopicamente compatível com malignidade, não confirmado por biópsia. Iniciou inibidor de bomba de protões com melhoria das queixas. Repetiu EDA 10 dias após, com biópsia novamente negativa para malignidade. Realizou tomografia cervicotoracoabdominopelvica (TC-CTAP) que revelou adenopatias hilares e mediastínicas e conglomerado adenopático infracarinal. Broncofibroscopia com compressão extrínseca do terço distal da traqueia, com biópsia da mucosa brônquica negativa para malignidade. Repetiu EDA que revelou úlcera linear com abaulamento da mucosa adjacente por compressão extrínseca. Repetiu TCCTAP que mostrou massa retrohilar direita de provável origem pulmonar. A ecobroncoscopia mostrou redução do calibre traqueal e brônquios principais por compressão extrínseca e exuberante edema da mucosa, com extenso conglomerado adenopático com características de doença granulomatosa, contornos bem definidos, conteúdo heterogéneo e alguns vasos no interior. Exame microbiológico a revelar positividade para Mycobacterium tuberculosis pelo que foi iniciada terapêutica anti-bacilar com boa evolução clínica posterior.
Discussão: O caso clínico apresentado realça o grande espetro clínico que a TB extrapulmonar pode apresentar, dissimulando, por vezes, outras patologias nomeadamente neoplásicas. O grau de suspeição clínica e consequente marcha diagnóstica são, por isso, fundamentais para um diagnóstico atempado e acertado de TB. O prognóstico depende da celeridade do diagnóstico e da instituição precoce do tratamento.

PA n.º 0803

Pneumocistose em doente com artrite reumatóide sob rituximab

Mariana Esteves(1);Filipa Rebelo(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: O rituximab (RTX) é um anticorpo monoclonal contra células B específicas do antígeno CD20+ que é utilizado no tratamento de várias doenças autoimunes e hematológicas. A pneumonia por Pneumocystis jiroveci (PJ) é uma infeção oportunista rara que, apesar de não surgir relatada nos ensaios clínicos de larga escala do RTX, tem sido reportada na literatura.
Caso clínico: Sexo feminino, 50 anos, antecedentes de artrite reumatoide seronegativa sob RTX e metotrexato (com mielopatia desmielinizante cervical associada) e infeção passada a vírus da Hepatite B, sob entecavir. Enviada à Unidade Clínica de Ambulatório Médico para estudo de febre de etiologia por esclarecer, com 15 dias de evolução (temperatura máxima de 38.2 ºC, frequência 12-12 horas), associada a mialgias, astenia marcada e hipersudorese noturna. Não reportava qualquer outra sintomatologia. O último ciclo de RXT ocorreu 2 meses antes e estaria sem corticoterapia desde há 10 meses. Não apresentava rastreio de tuberculose latente. Exame objetivo sem alterações, nomeadamente sem adenopatias, massas ou organomegalias palpáveis, sem alterações auscultatórias. Analiticamente sem alterações de relevo, sem isolamentos microbiológicos. Ecocardiograma sem alterações. Realizou TC toracoabdominopélvico que evidenciou apenas discreta densificação pulmonar difusa em vidro despolido. Realizou broncofibroscopia nesse contexto, com lavado broncoalveolar positivo para PJ. Iniciou tratamento com cotrimoxazol, que cumpriu ao longo de 21 dias, apresentando melhoria clínica progressiva. À data da alta, recomendação de profilaxia com cotrimoxazol dada manutenção do tratamento com RTX.
Discussão: Este caso evidencia que, apesar da infeção por PJ ser rara em doentes sob tratamento biológico, é fundamental incluí-la no diagnóstico diferencial de infeções nestes doentes. Além disso, surge a questão da profilaxia de doenças oportunistas em doentes com patologia autoimune sob terapêutica biológica com RTX, que à luz das recomendações atuais não está preconizada, devendo, no entanto, ser ponderada.

PA n.º 0805

Eritema multiforme – um caso de co-infecção

Alexandra Wahnon(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Liliana r. Santos(1);Maria José Marques Pires(1);Carolina António Santos(1);Pedro Samuel Figueiredo(1);Hugo Félix(1);Lilia Savka(1);Carolina Brandão Monteiro(1);Marisa Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O eritema multiforme (EM) é um distúrbio inflamatório cutâneo caracterizado por lesões mucocutâneas agudas, causadas por reação de hipersensibilidade com diferentes graus de severidade. Os “triggers” mais conhecidos são: infecções, doenças autoimunes e medicamentos. Infeções por herpes vírus simplex e mycoplasma pneumoniae são os mais frequentemente descritos.
O EM associado ao herpes é uma doença exsudativa aguda da pele e mucosa causada pelo vírus do herpes simplex.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 33 anos, sem antecedentes de relevo, admitido por pneumonia por SARS-CoV-2, a condicionar insuficiência respiratória grave e necessidade de suporte ventilatório invasivo. Como complicação apresentou pneumonia organizativa sequelar grave com envolvimento de aproximadamente 100% do parênquima pulmonar, com necessidade de terapêutica imunossupressora com corticoterapia sistémica. Ao 38º dia de terapêutica desenvolveu lesões maculopapulares de bordos avermelhados com centro roxo-acinzentados, limitadas ao punho direito, compatíveis com lesões herpéticas. Não apresentava lesões na mucosa oral. A biópsia cutânea foi compatível com EM, com isolamento do vírus herpes simplex 1 e Pseudomonas aeruginosa. Cumpriu terapêutica oral dirigida com aciclovir e ciprofloxacina com regressão das lesões.
Conclusão: Apesar da maioria dos casos de EM ser auto-limitada, uma minoria apresenta doença grave e recorrente. Embora o seu diagnóstico seja clínico, alguns casos necessitam de biópsia para o diagnóstico e tratamento dirigido, crucial em algumas patologias graves que fazem diagnóstico diferencial com o EM, como a doença de Stevens-Johnson. O caso ilustra a importância da identificação dos agentes causais para uma abordagem terapêutica eficaz e dirigida.
Embora tenha-se identificado vários agentes causais, um número limitado foi documentado como agentes precipitantes. Torna-se necessário mais estudos, a fim de se perceber as bases imunológicas do EM para uma melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

PA n.º 0809

AVC no jovem com Síndrome Antifosfolipídica associado a Foramen Ovale Patente

João Carvalho(1);André Resendes Sousa(1);Joana Alves Luís(1);Ana Cochicho Ramalho(1);Nadine Monteiro(1);Helena Vitorino(1);Helena Cantante(1)
(1) Hospital dos Lusíadas Lisboa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A Síndrome Antifosfolipídica (SAF) e o Foramen Ovale Patente (FOP) são patologias isoladamente associadas ao aumento do risco de eventos trombóticos como o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico. A sua ocorrência de forma síncrona pode ter implicações na terapêutica do doente.

Caso clínico:
Homem de 42 anos com história de episódio de dor abdominal e retorragia aos 37 anos, ressalvando-se do estudo etiológico colonoscopia compatível com alterações de natureza isquémica e doseamento de anticorpo anti-cardiolipina positivo (>80 UMPL/ml) em duas medições separadas por mais de doze semanas, sem medicação habitual, que desenvolve vertigem e náusea de instalação súbita, com duração de cerca de uma hora e melhoria espontânea embora sem resolução total do quadro. Após avaliação médica em contexto ambulatorial foi requisitada RM-CE que revelou a presença de dois pequenos enfartes isquémicos corticais cerebelosos inferiores esquerdos em fase aguda, pelo que o doente foi encaminhado ao Serviço de Urgência, assumindo-se o diagnóstico de AVC isquémico. Durante o internamento foi submetido a doppler transcraniano com teste de soro agitado que revelou aspetos sugestivos de shunt exuberante cardíaco direito-esquerdo e ecocardiograma transesofágico que revelou a presença de aneurisma do septo interauricolar (ASI) e FOP com morfologia tunelizada, registando-se shunt bidireccional muito significativo. Perante o quadro descrito admitiu-se AVC isquémico em contexto de SAF em doente com FOP e ASI, tendo sido iniciada anticoagulação oral com Varfarina em internamento e o doente sido proposto para encerramento de FOP em ambulatório.

Conclusão:
Diversos estudos descreveram uma prevalência aumentada de FOP em doentes com o diagnóstico de SAF, com ou sem ASI concomitante. O caso descrito recorda a importância de excluir a presença de FOP durante o estudo etiológico de AVC no jovem que cumpra os critérios de Sapporo modificados para o diagnóstico de SAF pelas implicações que o diagnóstico acarreta na terapêutica do doente.

PA n.º 0810
Quando sintomas frequentes são de causa rara
Mariana Baptista(1);Margarida Correia(1);Marta Barbedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças raras

Introdução: Mialgias e fraqueza muscular são sintomas comuns, podendo ter variadas etiologias. No entanto, é importante integrar todos os achados, equacionando, por vezes, hipóteses de diagnóstico mais raras.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, seguido em múltiplas consultas desde os 39 anos de idade por mialgias da cintura pélvica e fraqueza muscular da região proximal dos membros inferiores limitando a marcha, subida de escadas e levante da cadeira. Treze anos após início da clÍnica, objectivada atrofia muscular ligeira, hemiparesia proximal dos membros inferiores grau 4/5, hiporreflexia e sinal de gowers positivo, com aumento da creatina quínase. Realizado teste da gota espessa que mostrou deficiência parcial da α –glucosídade. Confirmado o diagnóstico de Doença de Pompe por pesquisa da atividade enzimática da α-glucosídase em leucócitos totais e fibroblastos em biópsia de pele. No estudo genético documentada mutação c.-32-13T>G. Iniciou terapêutica de substituição enzimática com α – alglucosidade, reabilitação musculo-esquelética e seguimento em Nutrição com estabilização da doença.
Discussão: A doença de Pompe é uma doença de deposição lisossomal, autossómica recessiva, por défice da enzima α-glucosidase, por mutação do gene α-glucosídase do cromossoma 17, levando a acumulação de glicogénio sobretudo nas células musculares. Na doença de início tardio, a incidência é de 1/57 000 pessoas e manifesta-se após 1 ano de idade, diferenciando-se pela ausência de manifestações cardíacas. Este caso mostra a importância de manter um elevado índice de suspeição para miopatias hereditárias, incluindo-as nas árvores de decisão, pois, o diagnóstico atempado permitirá instituir terapêutica que poderá alterar o curso natural da doença.

PA n.º 0811

Quando a Hemoglobina Glicada não é suficiente…

Ana Isabel Oliveira(1);António Carvalho(1);Alexandra Pousinha(1);Rita Duarte(1);João Seabra Barreira(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças hematológicas

A Diabetes mellitus (DM) é uma patologia crónica e multifactorial cuja a vigilância é realizada através da avaliação da hemoglobina A1C (HbA1C) semestral. A HbA1c pode estar falsamente diminuída ou aumentada em algumas situações clínicas como hemoglobinopatias, não traduzindo adequadamente o controle glicémico.
Homem, 41 anos, com história de hipertensão arterial, obesidade grau III, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; miocardiopatia dilatada. Recorreu ao serviço de urgência por agravamento progressivo de cansaço para pequenos esforços, edema dos membros inferiores, aumento do perímetro abdominal e peso nos últimos 10 dias. Ficou internado por insuficiência cardíaca descompensada em provável contexto de progressão de doença.
Durante o internamento foi pedida avaliação analítica de controlo de fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente, perfil lipídico e HbA1C. Apresentou um resultado de HbA1C de 4,7%. Todavia, desde o início de internamento o doente apresentou diariamente avaliações de glicémia com valores sempre acima dos 250mg/dl, e glicémia em jejum acima dos 140mg/dl.
Dada a discrepância dos valores de glicémia avaliados, com o valor anormalmente baixo de HbA1c, foi pedida avaliação de cromatografia de hemoglobinopatias, que viria a revelar que para além das frações normais (Hb A e Hb A2), o doente era portador de uma variante de hemoglobina numa percentagem de 40,1 %. O seu estudo por métodos alternativos revelou tratar-se de Hemoglobina do tipo D. Esta hemoglobinopatia é rara e não constitui um risco patológico para o doente.
Para confirmação do diagnóstico de DM acabou por realizar uma prova de tolerância à glicose que apresentou valores acima do limite superior do normal em todos os momentos de avaliação vindo a confirmar o diagnóstico de DM.
Este caso clínico permite alertar que apesar das inúmeras vantagens do valor de HbA1C no acompanhamento e monitorização da DM, é importante conhecer as situações clínicas que podem interferir com o seu resultado. Permite ainda relembrar a importância do conhecimento de métodos alternativos quer de diagnóstico quer de monitorização desta patologia sem recurso ao habitual valor de HbA1C.

PA n.º 0816

Paraganglioma retroperitoneal: um caso de hipertensão secundária.

Joana Rita Lopes(1);Eulália Antunes(1);Maurício Peixoto(1);Rui Jorge Silva(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
O paraganglioma é um tumor raro de crescimento insidioso que advém de gânglios parassimpáticos e simpáticos extra-adrenais. Os paragangliomas simpáticos usualmente secretam catecolaminas e têm localização abdominal.
Caso Clínico
Homem de 36 anos, sem antecedentes de relevo, seguido em consulta por hipertensão arterial e medicado com indapamida e amlodipina. Estudo analítico revelou níveis elevados plasmáticos e urinários de noradrenalina (2774 pg/ml e 897 µg/24h, respetivamente) e normetanefrina (2287 pg/mL e 3534 µg/24h, respetivamente). Também apresentava níveis elevados de renina (455.8mUI/L), actividade plasmática da renina (37.98 ng/ml/h) e aldosterona (72.15 ng/dL). Tomografia computorizada revelou uma massa retroperitoneal hipervascularizada adjacente à porção inferior da artéria renal direita, com textura heterogénea, e calibre de artéria renal e tamanho de rins assimétricos (direito mais pequeno que esquerdo). Tinha função renal normal com valor de creatinina de 1.1 mg/dL. Tomografia emissora de positrões confirmou massa retroperitoneal com elevada actividade metabólica e ausência de lesões secundárias. Iniciada fenoxibenzamida a 2 semanas de exérese de massa com titulação de dose até aos 70mg por dia. Adicionado bloqueio beta com propranolol por taquicardia pós bloqueio alfa. Análise histológica confirmou diagnóstico. Estudo genético mostrou variante patogénica SDHB. Doente manteve-se com tensão arterial controlada sem fármacos após alta hospitalar.
Discussão
Com uma incidência estimada de 1 doente em 300000, num intervalo médio de idades de 30 a 50 anos, o paraganglioma é uma etiologia a ter em conta na hipertensão secundária, particularmente em doentes com história familiar de hipertensão, estimando-se que 40 a 60% dos doentes diagnosticados possuam mutações da linha germinativa. Sendo assim os estudos genéticos são fulcrais e o seguimento deve ser prolongado dada a possibilidade de recorrência até 20 anos pós-excisão cirúrgica.

PA n.º 0821

Artropatia rapidamente progressiva - manifestação paraneoplásica de tumor neuroendócrino do pulmão

Stanislav Tsisar(1);Rita Gameiro(1);Mário Rodrigues(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças oncológicas

As neoplasias pulmonares podem cursar com síndromes paraneoplásicas, nomeadamente de foro reumatológico. A osteoartopatia hipertrófica é comum em neoplasias pulmonares, caracterizando-se por hipocratismo digital, artralgia e periostose de ossos tubulares nos dedos das mães e/ou pés, podendo haver afetação de ossos longos e grandes articulações. Também a artrite reumatóide pode ter etiologia paraneoplásica e está descrita a associação com neoplasias do pulmão.
Apresenta-se o caso de um doente de 78 anos com história de hipertensão arterial, doença pulmonar crónica tabágica, etilismo e tabagismo ativo. Internado por quedas e ataxia da marcha nas últimas semanas. Concomitantemente, apresentava alterações osteoarticulares das mãos, com hipocratismo digital, deformação dos dedos em pescoço de cisne, e limitação funcional, com instalação progressiva desde há cerca de 6 meses. Do estudo complementar foi identificada volumosa lesão cerebelosa intra-axial direita, posteriormente excisada e com histologia compatível com metástase de tumor neuroendocrino de grandes células do pulmão. Do estadiamento foi identificada lesão primária do lobo pulmonar superior esquerdo, tal como metástases ganglionares e ósseas. Em simultâneo, identificou-se em radiografia das mãos sinais de periostose metacárpica e falângica e doseamento positivo de fator reumatóide e anticorpos anti-citrulina admitindo-se presença de características de artrite reumatóide, concomitante a osteoartopatia hipertrófica, de provável etiologia paraneoplásica. Iniciou corticoterapia sistémica e teve alta referenciado a consultas de Oncologia e Doenças Autoimunes.
Este caso vem reforçar a importância de considerar etiologia neoplásica em doentes com artropatias de instalação recente, uma vez que podem preceder o seu diagnóstico em até mais de 1 ano. O desenvolvimento de artropatia hipertrófica e/ou artrite reumatóide em adultos com factores de risco para neoplasia do pulmão deve levantar a suspeição para este diagnóstico.

PA n.º 0822

Carcinoma hepatocelular em idade jovem: Um caso após correcção de Fontan

Marta Anastácio(1);Maria João Correia(1);Margarida Lagarto(1);Joana a. Duarte(1);Manuel Araújo(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A cirurgia de Fontan (CF), de intuito paliativo, é realizada para correção de cardiopatia congénita em doentes com coração univentricular. A Doença hepática associada a Fontan (DHF) é uma hepatopatia resultante de alterações hemodinâmicas e de congestão venosa sistémica após CF. No estadio avançado, a fibrose hepática subsequente pode progredir para cirrose. Com o aumento inesperado da sobrevida dos doentes sobreviventes, as complicações crónicas após CF estão a aumentar, sendo ainda desconhecidas na sua totalidade e de gestão individualizada.
CASO CLÍNICO: Mulher caucasiana de 38 anos, com história de coração univentricular submetida a CF há 26 anos, DHF complicada com hipertensão portal e tabagismo ativo (5 UMA). Internada por Pneumonia adquirida na comunidade hipoxemiante complicada com empiema. O internamento coincidiu com a realização de ressonância magnética abdominal para estudo de DHF, já agendada previamente. O exame imagiológico mostrou hepatomegalia, heterogeneidade parenquimatosa com captação de padrão mosqueado difuso (“nutmeg”) em relação com hepatopatia congestiva crónica, inúmeros nódulos hipervasculares com características de carcinoma hepatocelular (CHC) multicêntrico, outros com tradução de displasia de alto grau e esplenomegalia. Foram doseados marcadores tumorais (alfa-feto proteína <2,70 ng/mL, CEA <1,8 ng/mL e CA 19.9 de 10,3 U/MI) e realizado estudo serológico (hepatite B e C), que não mostraram alterações. A TC de corpo de estadiamento não mostrou metastização à distância. Assumido diagnóstico de CHC multicêntrico sem evidência de secundarização. A localização desfavorável dos nódulos hepáticos não permitiu realização de biópsia. Teve alta melhorada clínica e laboratorialmente do ponto de vista respiratório. Após reunião multidisciplinar, a doente foi encaminhada para o centro de referenciação hepático, para avaliação e decisão sobre eventual realização de transplante hepático.
DISCUSSÃO: Apesar de bem caracterizada a DHF, retratamos um caso raro, não só pelo diagnóstico de CHC após CF ser uma entidade ainda pouco relatada mundialmente, como também pela documentação incomum de CHC numa doente com título negativo de alfa-feto proteína.

PA n.º 0824

AVC hemorrágico em doentes anticoagulados: análise retrospectiva

Diogo Duarte Dias(1);Carmen Corzo(1);Silvia Lourenço(1);Maria Luisa Rebocho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: As recomendações para a anticoagulação têm aumentado nos últimos anos. Estima-se que 1-1.5% da população ocidental esteja sob anticoagulação oral (ACO). Estes doentes têm oito vezes mais risco de apresentar hemorragia inracerebral (HIC), face à população geral. O re-início da ACO após uma HIC não é linear e baseia-se na avaliação criteriosa do risco/benefício de cada doente.
OBJETIVO: Análise e caracterização dos doentes com HIC sob ACO, internados durante 11 anos numa unidade de AVC (UAVC), e seguimento após a alta hospitalar, de eventos tromboembólicos e hemorrágicos após reinício da ACO.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo e observacional. Analisaram-se os doentes com HIC sob ACO e o seu seguimento em consulta hospitalar entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2021.
RESULTADOS: Em 11 anos foram internados 293 doentes com HIC, dos quais 14% (n = 40) estavam anticoagulados. Nesta população, 12% (n= 5) também estavam antiagregados. A média etária foi 75 anos (27 – 89) e 43% (n = 17) eram mulheres. A anticoagulação foi com antagonista da vitamina k em 60% (n= 24) dos casos. As causas para anticoagulação foram: fibrilhação auricular (FA) em 73% (n = 29), tromboembolismo venoso (TEV) em 15% (n= 6) e trombofilia num caso. Dos 40 doentes anticoagulados, 30 tiveram seguimento em consulta. Os restantes não foram seguidos por vários motivos: falta à consulta, óbito ou ausência de benefício no seguimento. O tempo médio de seguimento foi sete meses. Seis doentes (15%) faleceram, dos quais cinco após alta hospitalar. Após a fase aguda, 45% (n=18) re-iniciaram terapêutica antitrombótica. Nove (22%) iniciaram anticoagulantes de ação direta (DOAC), dois (5%) iniciaram varfarina e sete (18%) iniciaram antiagregação. Catorze doentes (78%) iniciaram tratamento antitrombótico após a 4ª semana da HIC. Dos 22 doentes que não reiniciaram tratamento antitrombótico, apenas um (5%) teve um evento tromboembólico que ocorreu aos 48 meses após a HIC. Dos 18 doentes que iniciaram tratamento antitrombótico, um (5%) teve um evento tromboembólico e um (5%) teve recidiva de HIC, ambos encontrvam-se sob DOAC. Estes eventos ocorreram entre 4 e 28 meses após HIC.
CONCLUSÃO: Na amostra em estudo, o principal motivo para anticoagulação foi FA. A prevalência de anticoagulação em doentes com HIC foi 14%. Após o evento hemorrágico, apenas 27% doentes reiniciaram anticoagulação, maioritariamente com DOAC. A recorrência de HIC nos doentes anticoagulados foi baixa. A dimensão da amostra poderá limitar algumas conclusões

PA n.º 0833

Um caso de poliarterite nodosa

Mariana Belo Nobre(1);Joana Gouveia(1);Bárbara Queiroz(1);Ryan Costa Silva(1);Luís Mendes Pedro(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Poliarterite Nodosa (PAN) é uma vasculite de médios vasos, habitualmente manifestada pela presença de aneurismas ou estenoses segmentares arteriais, sobretudo no território gastrointestinal ou renal, sendo o envolvimento intracraniano menos comum.
Homem, 72 anos, referenciado à consulta de Medicina Interna por perda ponderal, anorexia e astenia com 4 meses de evolução. A avaliação laboratorial revelou anemia, leucocitose e elevação da velocidade de sedimentação e da proteína C reactiva. Após exclusão de neoplasia oculta e por se apurar cefaleia frontotemporal bilateral, gonalgia bilateral e parestesias distais dos membros inferiores, por suspeita de vasculite com impacto significativo na qualidade de vida, optou-se por iniciar prednisolona 1mg/kg. Verificou-se melhoria analítica marcada, com resolução do estado hiperinflamatório e da anemia. Do estudo etiológico, destaca-se doppler com múltiplas estenoses intracranianas, biópsia da artéria temporal sem evidência de arterite de células gigantes, pesquisa de ANCA e serologia de hepatite B negativas. Iniciou posteriormente dor periumbilical pós-prandial, com evidência de estenose do terço médio da artéria mesentérica superior (AMS) na angioTC. Optou-se por iniciar corticoterapia em alta dose e ciclofosfamida, no entanto, por manutenção de angina intestinal, foi submetido a angiografia que confirmou estenose da AMS e foi colocado stent com bom resultado. Após 3 meses de follow up, encontra-se assintomático e com recuperação do peso corporal, sob ciclofosfamida, corticoterapia em desmame e antiagregação.
Salienta-se que em casos sintomáticos de estenose arterial refratários à terapêutica médica, deve considerar-se revascularização cirúrgica. Na estenose mesentérica isolada, a angioplastia pode ser considerada apesar da difícil abordagem e da contribuição do stent para a inflamação vascular. A identificação e tratamento precoces da PAN é essencial para evitar complicações como isquémia cerebral e perfuração intestinal.

PA n.º 0836

Um oportunista a não esquecer

Madalena Silveira Machado(1);Mariana Constante(1);Martim Henriques(1);Catarina Cruz(1);Vikesch Samji(1);Margarida Pereira(1);Margarida r. Fonseca(1);Rita Mendes(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção por Citomegalovirus (CMV) causa elevada morbi-mortalidade em doentes imunodeprimidos, nomeadamente sob corticoterapia prolongada. Apresentamos um caso de doença invasiva a CMV num doente com fibrose pulmonar idiopática (FPI), sob corticoterapia em altas doses.
Caso Clínico: Homem de 78 anos, com história de FPI e artrite reumatoide, medicado habitualmente com prednisolona 10mg/dia. Inicialmente internado por pneumonia a SARSCoV2, cumpriu terapêutica com baricitinib, remdesivir e dexametasona com boa evolução clínica. Pela fibrose pulmonar manteve corticoterapia inicialmente Prednisonola na dose de 60mg/dia com desmame lento.
Mais tarde na enfermaria de medicina evoluiu para choque séptico, com boa resposta à antibioterapia. Verificou-se, no entanto, novo agravamento súbito com febre e necessidades crescentes de oxigénio até alto fluxo. Foi iniciada antibioterapia empírica com meropenem e claritromicina. A tomografia computorizada do tórax mostrou agravamento significativo com padrão de “crazy paving” e novas áreas de consolidação peribroncovascular. As serologias de Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae foram negativas, e a carga viral de CMV positiva. Iniciou terapêutica com ganciclovir, com melhoria clínica gradual, com carga viral negativa ao 7ºdia. Após 20 dias de valganciclovir observou-se melhoria clínica e radiológica importantes. Teve alta sob oxigénio a 1L/min e com performance status sobreponível ao da admissão.
Discussão: A FPI prévia e a Infecção a SARSCoV2 grave, levaram à necessidade de corticoterapia prolongada. Ao longo dos dois últimos anos de pandemia, observámos um número crescente de doentes expostos a terapêuticas imunossupressoras, com internamentos prolongados e várias intercorrências infeciosas, com múltiplos ciclos de antibióticos. Nestes casos é muito importante um elevado grau de suspeição para chegar ao diagnóstico e tratamento precoce de agentes oportunistas, como o CMV.

PA n.º 0854

Diabetes Insípida Nefrogénica – um diagnóstico a considerar na hipernatrémia

Ines Pinheiro(1);Sofia Sousa(2);Joana Manuel Tavares(2);Ana Erica Ferreira(1);Cristina Freitas(2);João Pedro Pimentel(2);António Cabrita(2)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças renais

Introdução: A etiologia da hipernatremia é normalmente de fácil identificação. No entanto, é essencial caracterizar o estado de volémia dos doentes e o valor da osmolalidade urinária, por forma a perceber se os mecanismos renais de retenção de água estão adequados. Esta abordagem diagnóstica é crucial para a identificação da causa.
Caso Clínico: Mulher, 53 anos, com antecedentes de perturbação esquizoafetiva, medicada com Lítio, internada em Hospital Psiquiátrico por alteração do comportamento e discurso desorganizado. Estudo analítico e imagiológico sem alterações de relevo. Cerca de 1 mês depois, análises seriadas com hipernatremia em evolução paulatina, sendo transferida para o Serviço de Urgência (SU) por sódio plasmático de 164mmol/L. À admissão, hemodinamicamente estável, com sinais de desidratação, com estudo a confirmar a hipernatremia, lesão renal aguda KDIGO 1 e sumária de urina com densidade baixa. Pedida osmolalidade urinária, com valor de 337 mOsm/Kg. Iniciada fluidoterapia, mas durante a permanência no SU registo de poliúria, sem melhoria da hipernatremia e com osmolalidade urinária em decrescendo (<300 mOsm/Kg). Colocada a hipótese de Diabetes Insípida, tendo sido administrada desmopressina, sem melhoria da osmolalidade urinária. Admitida diabetes insípida nefrogénica (DIN) no contexto da toma crónica de lítio. Iniciada terapêutica com hidroclorotiazida/amilorido com evolução clínica favorável.
Discussão: A DIN caracteriza-se pela resistência renal à hormona anti-diurética (ADH), sendo uma entidade comum, principalmente em idosos ou doentes renais crónicos. Apesar disso, a progressão para hipernatremia é, na maioria dos casos, evitada pelo reflexo de sede. Assim, sempre que há situações em que o acesso à água é limitado ou a perceção de sede está comprometida, o desequilíbrio hidroeletrolítico pode desenvolver-se. No caso apresentado, o lítio desencadeia alterações renais crónicas de resistência à ADH. A privação de água, decorrente do compromisso neurológico, potenciou o surgimento de hipernatremia.

PA n.º 0873

Hepatite autoimune seronegativa (uma entidade pouco comum)

Jéssica s. Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Gisela Gonçalves(1);Sérgio Monteiro(1);Ana Sofia Montez(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A hepatite autoimune define-se como uma doença inflamatória crónica, associada à presença de anticorpos circulantes e níveis elevados de imunoglobulinas no sangue. No entanto, em cerca de 10% dos casos, esta cursa com anticorpos negativos e sem hipergamaglobulinémia. Assim, um grau elevado de suspeição desta patologia é necessário, como veremos no caso que a seguir se apresenta.
Caso clínico: Este caso retrata um homem, de 43 anos, que recorre ao SU por desconforto no hipocôndrio direito, icterícia das mucosas e colúria com três dias de evolução. Sem história de consumo de medicação hepatotóxica ou outros. Do estudo analítico realizado destacava-se: uma alanina aminotransferase de 2003 u/L, aspartato aminotransferase de 4231 u/L, bilirrubina total de 8.39mg/dL, à custa da direta (6.58mg/dL), fosfatase alcalina de 204 u/L e gama glutamil transpeptidase de 369 u/L. Por apresentar critérios de hepatite aguda, de causa por esclarecer, o doente ficou internado. Solicitadas serologias víricas (VIH, anti-VHB anti-VHC, anti-VHA, anti-VHE, CMV, EBV, HSV) doseamento de imunoglobulinas, autoimunidade (ANAs, anti-SMA, anti-LKM, anti-PR3, anti-MPO), ferritina, saturação de transferrina e doseamento de ceruloplasmina. Perante ausência de alterações no painel analítico supracitado, o doente foi proposto para biópsia hepática que revelou quadro compatível com hepatite autoimune. Iniciada prednisolona 60mg com evolução favorável, apresentando ao fim de duas semanas normalização das enzimas de citólise e citocolestase com bilirrubinémia em decrescendo. O doente manteve orientação em consulta externa.
Discussão: Após a apresentação do caso acima descrito, podemos constatar que apesar do diagnóstico de hepatite autoimune cursar na grande maioria dos casos com anticorpos positivos e/ou níveis de IgG aumentados, isto nem sempre se sucede, pelo que a biópsia se revela essencial. Deste modo, o diagnóstico de hepatite autoimune deve sempre fazer parte dos diagnósticos diferenciais no estudo de hepatite aguda/crónica de causa não esclarecida.

PA n.º 0876

Endocardite trombótica não bacteriana na recidiva do carcinoma urotelial

Catarina Santos Reis(1);Bárbara Vieira Granja(1);Francisco Santos Dias(1);Joana Gouveia Santos(1);Mariana Amorim Ribeiro(1);Ana Ribeiro(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A endocardite trombótica não bacteriana (ETNB) ou endocardite marântica é uma patologia rara que se caracteriza pela formação de vegetações não infeciosas nas válvulas cardíacas. Desenvolve-se frequentemente em estadios avançados de neoplasias. Tipicamente indolente e assintomática até à ocorrência de embolização sistémica, o que espelha o elevado grau de suspeição necessário para o seu reconhecimento precoce.
Caso Clínico: Mulher de 66 anos,ex-fumadora, antecedentes de neoplasia da mama esquerda diagnosticada em 1996 e neoplasia urotelial diagnosticada em 2013. Internamento por quadro de febre e perda ponderal de 10% com 4 meses de evolução. Realizou tomografia computadorizada (TC) toracoabdominopélvica (TAP) que revelou adenopatias retroperitoneais. Intercorrência de tromboembolismo pulmonar de risco intermédio-baixo e trombose venosa profunda femoral comum e ilíaca direitas. Hipocoagulada com heparina de baixo peso molecular mas passados 10 dias, início súbito de hemiparesia do membro superior direito e afasia. Angio-TC sem oclusão de grande vaso. Ressonância Magnética cerebral a revelar múltiplas áreas de isquemia cerebelosas e frontoparietais bilaterais. Repetição de TC TAP que revelou áreas de isquemia do rim esquerdo e enfarte esplénico. Por evolução em insuficiência cardíaca aguda realizou ecocardiograma trasntorácico e trasnesofágico que demonstraram vegetação na válvula mitral nativa.Hemoculturas persistentemente negativas, sem deteção de fenómenos imunológicos ou vasculares periféricos. Efetuada biópsia de adenopatia retroperitoneal com histologia compatível com carcinoma urotelial.
Discussão: O estado de hipercoagulabilidade conferido por neoplasias constitui um dos maiores fatores de risco no desenvolvimento de ETNB. Apenas 10% das recidivas do carcinoma urotelial incluem quadro constitucional, sendo a sua associação a casos de endocardite uma raridade na literatura.

PA n.º 0878

Síndrome hipereosinofílica idiopática: um diagnóstico de exclusão

Mariana Nápoles(1);Rita Calixto(2);Rosa Mendes(1);Quintino Biague(2)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças hematológicas

A síndrome hiperosinofílica (SHE) é rara, tem uma baixa incidência (0.036/100.000 indivíduos) e uma maior prevalência no sexo masculino (9:1). É um diagnóstico de exclusão que dtermina a realização de um diagnóstico diferencial de eosinofilia para realização de tratamento específico, e avaliação de possíveis lesões de órgãos-alvo e complicações, com objetivo principal de controlar o número de eosinófilos e prevenir a progressão da doença.
Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 27 anos, com antecedentes patológicos de asma, que recorreu ao serviço de urgência por febre (38ºC) sem ritmo, dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, associadas a astenia e perda ponderal de 10kg em quatro semanas. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecida e pálida. Analiticamente com anemia microcítica, eosinofilia grave (10.200/uL) e PCR de 5.5mg/dL. Foi internada no serviço de medicina interna para estudo etiológico do quadro consumptivo. Durante o mesmo, apresentou anorexia, vómitos biliares, dor na fossa ilíaca esquerda e atrofia da iminência tenar e hipotenar com diminuição da força muscular da mão e incapacidade de realizar preensão cilíndrica. Destacou-se eosinofilia persistente, aumento de VS > 60mm/h, hiponatremia mínima de 127mmol/L e PCR máxima até 7.7mg/dL. Exame parasitológico das fezes negativo, serologias para vírus e parasitas negativas. Exames de imagem sem alterações relevantes para além de RM-CE com aumento da espessura da abóboda craniana e entero-RM com espessamento do ílion. Estudos endoscópicos sem alterações. Foi referenciada a serviço de doenças autoimunes de hospital terciário que corroborou a hipótese diagnóstica de SHE primária com envolvimento do sistema nervoso periférico e intestinal. Iniciou corticoterapia sistémica e, posteriormente, azatioprina com melhoria clinica e diminuição da contagem periférica de eosinófilos. Atualmente, mantém seguimento em consulta de doenças autoimunes.
Os autores destacam a necessidade da discussão de estratégias diagnósticas da eosinofilia e dos novos avanços no conhecimento da fisiopatologia e no tratamento das síndromes que cursam com eosinofilia, em particular, da SHE.

PA n.º 0891

Insuficiência Cardíaca no doente idoso: terapêutica, efeitos adversos e eficácia

Mariana Soares(1);Sara Gonçalves(2);Tatiana Duarte(2);Hugo Viegas(2);Pedro Carreira(2);Ermelinda Pedroso(2)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, cuja prevalência tem crescido proporcionalmente ao aumento da esperança média de vida e ao sucesso das terapêuticas dirigidas às patologias cardíacas subjacentes. A terapêutica médica de acordo com as guidelines (GDMT) para a IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) encontra-se bem definida, no entanto os principais ensaios clínicos realizados excluem doentes acima dos 80 anos.

Objetivo: Estudar a aplicabilidade e eficácia da GDMT em doentes com ICFEr com mais de 80 anos, avaliando os efeitos adversos das diferentes classes terapêuticas e necessidade de descontinuação das mesmas.

Material/métodos: Estudo retrospetivo baseado na consulta de processos de 134 doentes com idade igual ou superior a 80 anos, seguidos numa Unidade de Insuficiência Cardíaca durante o ano de 2020. As classes terapêuticas estudadas foram: Inibidores da neprilisina (ARNI), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA), beta-bloqueantes (BB), antagonistas dos recetores de mineralocorticóides (MRA), inibidores do recetor da SGLT2 (iSGLT2) e ivabradina. As reações adversas avaliadas foram o agravamento da função renal, hipercaliémia isolada, hipotensão sintomática e bradicardia. Os indicadores de eficácia considerados foram a melhoria da classe de NYHA, recuperação de fração de ejeção (FEVE) e ausência de necessidade de hospitalização por descompensação.

Resultados: Predominância do sexo masculino (n=79; 59%), média de idades de 85±3,7, FEVE inicial média de 32%, classes de NYHA no início do seguimento: I (n=22; 16%), II (n=71; 53%), III (n=40; 30%) e IV (n=1; 1%).
A classe terapêutica mais utilizada foi a dos BB (n=121; 90%), seguida por MRA (n=90; 67%), ARNI (n=60; 45%), IECA (n=57; 42%), iSGLT2 (n=29; 22%), ARA (n=18, 13%) e ivabradina (n=5; 4%).
Os efeitos adversos mais frequentes foram o agravamento da função renal (n=50; 37%), bradicardia (n=17; 13%), hipotensão sintomática (n=16; 12%) e hipercaliémia isolada (n=11; 8%).
Verificou-se a necessidade de reduzir/suspender terapêutica em doentes medicados com as seguintes classes:
ARNI: em n=34 (57%) doentes medicados, n=10 (17%) por hipotensão e n=24 (40%) por agravamento da função renal;
ARA: em n=8 (44%) doentes, n=6 (33%) por agravamento da função renal e n=2 (11%) por hipotensão;
IECA: em n=24 (42%) doentes, n=17 (30%) por agravamento da função renal e n=7 (12%) por hipotensão;
BB: em n=18 (15%) doentes, n=17 (14%) por bradicardia e n=1 (1%) por hipotensão;
MRA: em n=11 (12%) doentes, por hipercaliémia isolada;

Sem necessidade de suspensão do iSGLT2 nem de ivabradina.
Existiu necessidade de suspensão de alguma classe terapêutica em n=31 (23%) doentes, sendo a redução de dose suficiente para resolução de efeitos adversos em n=50 (37%).
Objetivou-se melhoria da classe de NYHA em n=51 (38%) doentes e recuperação de FEVE em n=41 (31%). Não existiu necessidade de hospitalização por descompensação em n=109 (81%) doentes. Mortalidade global objetivada de n=28 (21%).
Conclusões: Comparativamente aos ensaios recentes realizados em populações jovens, objetivou-se na população idosa maior taxa de mortalidade, necessidade de hospitalização e efeitos adversos. No entanto, a terapêutica associou-se a melhoria da capacidade funcional e da FEVE, com impacto na melhoria da qualidade de vida. Assim, conclui-se que, apesar de requerer maior vigilância, o cumprimento da GDMT é eficaz e seguro na população idosa.

PA n.º 0901

Síndrome de Sézary e Leishmaniose visceral: duas raridades juntas

Sérgio Azevedo(1);Samba Baldé(1);Fátima Pimenta(1);Marta Amaro(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Síndrome de Sézary é uma variante do linfoma de células T que atinge primariamente a pele e por vezes os gânglios linfáticos. Estes doentes têm risco acrescido para infeções devido à disfunção imune adjacente e aos fatores físicos. Relata-se o caso de um doente com Leishmaniose com envolvimento medular, sem aparente afetação de outros órgãos.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 74 anos, com antecedentes de Linfoma de células T cutâneo (Síndrome de Sézary) sob tratamento com interferão alfa-2a, admitido em internamento por quadro de neutropenia febril sem foco identificado. Colheu rastreio microbiológico e iniciou empiricamente antibioterapia com piperacilina/tazobactam. O estudo analítico revelou pancitopenia, agudização de doença renal crónica e elevação dos marcadores de inflamação (proteína-c reativa e procalcitonina). Avaliado imagiologicamente com tomografia axial computorizada dirigida ao tórax, abdómen e pélvis que não revelou adenomegalias, organomegalias ou outras alterações sugestivas de foco infecioso. Apresentou evolução clínica indolente, com manutenção de síndrome febril de origem indeterminada. Após discussão com a especialidade de Hematologia, repetiu mielograma e biópsia de medula óssea que revelou amastigotas de Leishmania compatível com Leishmaniose com envolvimento medular. Iniciou tratamento com anfotericina-B (segundo esquema recomendado), tendo melhorado clinica e analiticamente. De referir que o doente faleceu cerca de 2 meses após conclusão do referido tratamento e após a alta hospitalar.
Discussão e Conclusão: A leishmaniose visceral é uma infeção oportunista em doentes adultos imunodeprimidos. A sua apresentação clínica pode ser assintomática ou sintomática (febre, hepatosplenomegalia, pancitopenia e hipergamaglobulinemia policlonal). No presente caso foi desafiante a distinção entre sintomatologia originária na patologia de base, o linfoma, e sintomatologia de causa infeciosa. Por vezes as alterações analíticas nestes doentes são frustes e nem sempre ajudam ao diagnóstico diferencial. Torna-se assim importante a avaliação evolutiva do quadro clínico e, principalmente, a discussão em equipa multidisciplinar que permita um caminho diagnóstico, proporcionando um diagnóstico atempado e tratamento dirigido.

PA n.º 0909

SARS-CoV-2 e Pericardite Constritiva, uma entidade rara: A propósito de um caso clínico

Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção pelo SARS-CoV-2 manifesta-se classicamente por sintomatologia respiratória, mas tem sido documentado envolvimento de inúmeros sistemas de órgão, mesmo em doentes inicialmente assintomáticos. A Pericardite Constritiva é uma das complicações menos frequentes e apenas recentemente descrita.
Caso Clínico: Homem de 49 anos, antecedentes de Doença Renal Crónica secundária a Hipertensão Arterial em programa de diálise. Recorre ao Serviço de Urgência após diagnostico por infeção SARS-CoV-2, com quadro de cansaço a mínimos esforços, edema periférico e ortopneia. Objetivamente com dispneia, SpO2 84% em ar ambiente, auscultação pulmonar com crepitações bilaterais e edema dos membros inferiores. Analiticamente apresentava leucocitose, neutrofilia e PCR elevada. Fez radiografia torácica sugestiva de sobrecarga hídrica com cardiomegalia, compatível com descompensação de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) associada a infeção COVID.
Apesar de terapêutica dirigida, manteve sintomatologia marcada de ICC tendo no ecocardiograma boa função sistólica do ventrículo esquerdo, mas derrame pericárdico moderado. Pela suspeita de pericardite iniciou terapêutica com colchicina e acetilsalicilato de lisina. Realizou tomografia torácica que documentou derrame pericárdico assimétrico (máx 3 cm), com sinais de espessamento dos folhetos pericárdicos, sugestivos de pericardite. Fez ainda cateterismo cardíaco que descreveu curvas intraventriculares simultâneas com equalização na telediástole, compatível com pericardite constritiva severa.
Após 15 dias de terapêutica e lenta, mas progressiva melhoria da sintomatologia de ICC, teve alta com capacidade funcional de manter técnica dialítica em ambulatório.
Discussão: Apresentamos provável caso de pericardite secundária a infeção pelo SARS-CoV-2, entidade rara pela sua gravidade, realçando a importância da suspeição clínica em doentes com agravamento da sintomatologia de ICC após um quadro recente de infeção pelo SARS-CoV-2.

PA n.º 0944

Colangiocarcinoma e Tromboembolismo venoso: a propósito de dois casos clínicos

Ana Sofia Silva(1);Inês Soares(1);Guilherme Jesus(1);Marta Oliveira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O colangiocarcinoma é um tipo raro de cancro das vias biliares, com incidência inferior a 1% nos países desenvolvidos, com prognóstico reservado a curto prazo dado o estadio frequentemente avançado aquando do diagnóstico. Pode manifestar-se com sintomas gerais inespecíficos ou como síndromes paraneoplásicos, frequentemente como tromboembolismo venoso.
Caso Clínico: Descrevem-se dois casos clínicos de colangiocarcinoma com apresentação sob a forma de tromboembolismo venoso. Homem de 81 anos com quadro de astenia, anorexia, perda ponderal e deterioração do estado geral com cerca de 2 meses de evolução. Evidência de trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo. Analiticamente com elevação da bilirrubina total. Em TC abdominal, volumosa lesão neoformativa no fígado e dilatação das vias biliares, sugestivo de colangiocarcinoma; evidência de metastização hepática, ganglionar e pulmonar. Pelo estado geral do doente, considerado não haver indicação para progressão na investigação nem no tratamento, veio a falecer. Mulher de 76 anos, admitida por tromboembolia pulmonar de risco intermédio-alto com insuficiência respiratória. TC abdominal revelou lesão nodular sólida central, sugestiva de colangiocarcinoma. A biópsia confirmou o diagnóstico e o AngioTC a irressecabilidade da lesão, sendo a doente orientada para Consulta de Cuidados Paliativos.
Conclusão: Existe uma relação próxima entre o colangiocarcinoma e o tromboembolismo venoso, podendo atingir quase 60% destes doentes. Realça-se a importância de investigação etiológica adequada em casos de tromboembolismo venoso sem causa aparente, adequando à faixa etária e comorbilidades do doente em questão.

PA n.º 0950

Diabetes Mellitus – quando a hipoglicemia é a personagem principal

Ana Sofia Silva(1);Mariana Baptista(1);Rosélia Lima(1);Rute Lopes Caçola(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: A hipoglicemia é um dos fatores mais limitantes no tratamento e gestão do doente diabético, podendo inclusivamente ser causa de morte. Muitas vezes, relaciona-se com efeitos adversos dos fármacos antidiabéticos, outras vezes podem existir fatores confundidores, como outras doenças até então desconhecidas. Neste caso, torna-se imperativo prosseguir com o diagnóstico diferencial, de forma a minimizar os riscos e melhorar a qualidade de vida dos doentes.
Caso clínico: Mulher, 67 anos, raça negra, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, desde 2018, medicada com Empagliflozina e Metformina. Apresentava obesidade de classe III, tendo iniciado processo de perda ponderal dois meses antes, com produtos de ervanária e exercício físico, com perda de cerca de 32kg nesse período. No mês prévio foram suspensos os fármacos antidiabéticos pelo médico assistente, por perfil glicémico mais baixo, com referência a hipoglicemias pré e pós-prandiais e encorajada a aumentar o aporte calórico diário. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de mal-estar geral inespecífico, apresentando 48mg/dL de glicemia capilar, que reverteu com recurso a açúcares de absorção rápida. A doente referia associadamente mau controlo tensional, com o mesmo tempo de evolução, e múltiplos sinais de hipoglicemia diários, com visão turva, cefaleia e tonturas, que melhoravam com ingestão alimentar. Ficou internada ao cuidado da Medicina Interna para estudo etiológico, sob a suspeita de hiperinsulinismo endógeno, medicada com glucose a 10% e pesquisas de glicemia capilar horárias. No internamento, realizou tomografia de corpo inteiro que excluiu alterações do pâncreas e suprarrenal e prova de jejum prolongado que excluiu insulinoma. Procedeu-se, então, a estudo de exclusão de insuficiência suprarrenal relativa, com medição do valor de ACTH e cortisol matinais, cujos resultados confirmaram insuficiência suprarrenal secundária. Teve alta do internamento medicada com Hidrocortisona, com glicemias entre 90 e 130 mg/dL, mantendo seguimento em Consulta Externa de Endocrinologia.
Discussão: Pretende-se alertar para as causas possíveis de hipoglicemia, bem como para a importância do seu diagnóstico, numa perspetiva de minorar os efeitos adversos e permitir ao doente uma melhor gestão da sua doença.

PA n.º 0953
Recidiva de BCGite disseminada

Ana Rita s. Gomes(1);Silvia Policarpo(2);André Guimarães(2);Pedro Ribeirinho-Soares(2);Catarina Vilaça Pereira(2);Duarte André Ferreira(3);Sara Lacerda(2);Helena Moreira(2);Susana Silva(2);Filipa Ceia(2);António Sarmento(2)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE (3) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A instilação vesical por bacillus Calmette-Guérin (BCG), estirpe viva atenuada de Mycobacterium bovis, é usada no tratamento do carcinoma urotelial. O mecanismo de atividade antitumoral é multifatorial. Os efeitos laterais frequentes (90%) são polaquiúria, cistite, febre e/ou hematúria. A possibilidade de infeção disseminada é uma complicação rara e potencialmente grave.

Caso Clínico: Homem de 72 anos, com antecedentes de carcinoma urotelial de alto grau desde 2019 [submetido a 4 resseções trans-uretrais vesicais (RTU-V) e sob administração periódica vesical com BCG]. Em abril de 2021 esteve internado por infeção disseminada por BCG, confirmada por cultural positivo em aortite e coleções periaórticas (com colocação de prótese aórtica). Iniciou terapêutica antibacilar (HRE). A tomografia computorizada de controlo (TC-C) em fevereiro 2022 (10 meses HRE) revelou recrudescimento das coleções periaórticas e no músculo psoas (MP).
Por suspeita de recidiva da BCGite foi internado. Realizou drenagem da coleção do MP. Do estudo: exame bacteriológico negativo; PCR-Micobacterium tuberculosis complex (PCR-MT) positiva, identificados bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) na amostra, exame cultural negativo. Retrospetivamente foi realizado teste de sensibilidade a antibióticos na amostra inicial e foi documentada sensibilidade a antibacilares de 1ª linha. A amostra atual foi enviada para sequenciação para pesquisa de mutações de resistência (em curso). A tomografia por emissão de positrões evidenciou doença periaorta abdominal. Os exames micobacteriológicos de amostras respiratórias eram negativos. Alterou-se terapêutica para isoniazida + rifampicina + amicacina + levofloxacina, via intravenosa, com melhoria clínica e analítica. Suspendeu amicacina ao 21º dia por surdez neurossensorial. Manteve antibacilares e internamento em regime de Hospitalização Domiciliária. Reavaliado após 4 semanas com melhoria imagiológica parcial. Por suspeita de agravamento imunomediado, manteve antibacilares e iniciou corticoterapia.

Discussão: Este caso exemplifica as dificuldades no diagnóstico e seguimento destes doentes. O diagnóstico diferencial entre recrudescência de infeção e fenómenos imunomediados associados à BCG (hipersensibilidade tardia) é sempre um grande desafio.

PA n.º 0954

Abcesso intra-abdominal na doença inflamatória intestinal: um desafio etiológico.

Pedro Ribeirinho-Soares(1);Sara Lacerda Pereira(1);André Guimarães(1);Duarte André Ferreira(1);Catarina Vilaça Pereira(1);Ana Rita Gomes(1);Helena Moreira(1);Filipa Ceia(1);António Sarmento(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A Doença de Crohn (DC) caracteriza-se por alterações inflamatórias transmurais do trato digestivo, podendo associar-se a complicações infeciosas pela doença em atividade e/ou pelos fármacos usados no seu tratamento.
Caso Clínico
Sexo masculino, 34 anos, diagnóstico de doença de Crohn em 2009 (classificação de Montreal A2L3B1), tratada com Infliximab até novembro de 2020, suspenso após o diagnóstico de tuberculose pulmonar não cavitada e ganglionar (cumpriu 10 meses de tratamento antibacilar sob toma observada direta).
Em março de 2022 iniciou quadro de dor abdominal associada a náuseas, anorexia e hipersudorese; sem objetivação de febre. Ao exame objetivo encontrava-se febril e com dor à palpação do abdómen nos quadrantes inferiores. Analiticamente apresentava proteína c-reativa elevada (120 mg/L), tendo realizado TC abdóminopélvica que documentou a presença de múltiplos abcessos no lobo esquerdo hepático e músculos psoas e alterações sugestivas de peritonite. Foi internado no serviço de Doenças Infeciosas por suspeita de recidiva de tuberculose.
A TC torácica documentou micronódulos de novo, tendo o rastreio de VIH sido negativo, bem como as hemoculturas (aeróbios, anaeróbios e micobactérias), os exames micobacteriológicos e PCR de Mycobacterium tuberculosis complex (MTc) na urina, secreções brônquicas e no lavado broncoalveolar.
Na drenagem dos abcessos do músculo psoas isolaram-se Streptococcus intermedius, Fusobacterium nucleatum e Parvimonas micra, e os exames micobacteriológicos diretos e PCR MTc foram negativos. Iniciou ceftriaxone e metronidazol tendo aos 14 dias de tratamento apresentado melhoria clínica e analítica progressivas, associadas a redução das coleções remanescentes em TC de reavaliação. Decidida manter a imunossupressão suspensa até resolução da complicação infeciosa e transferência para a unidade de hospitalização domiciliária para completar 6 semanas de antibioterapia.
Discussão
A DC quando não tratada pode associar-se a complicações como a peritonite e a abcesso intra-abdominal. Na coexistência de história prévia de tuberculose ou de tratamento com anti-TNF é necessária a exclusão de infeção por micobactérias (ou a sobreinfeção de coleções piogénicas), pelo impacto decisivo que apresenta na decisão terapêutica destes doentes.

PA n.º 0956

Ascite mixedematosa – apresentação infrequente de hipotiroidismo

Tiago Neto Gonçalves(1);Beatriz Tallon(1);Inês Margarido(1);Bernardo Vidal Pimentel(1);Natália Marto(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: O hipotiroidismo pós-tiroidectomia surge na maioria dos doentes até um ano após cirurgia, originando fadiga, obstipação, ganho ponderal e acumulação de glicosaminoglicanos no espaço intersticial responsável pelo edema periférico. A ascite mixedematosa é uma apresentação rara de hipotiroidismo em doentes com mau controlo metabólico, surgindo em menos de 4% dos casos.
Caso Clínico: Homem, 81 anos, com história de alcoolismo e tiroidectomia total por carcinoma papilar da tiroideia 1 ano antes, foi admitido por adinamia, anorexia, náuseas, aumento do volume abdominal, com 2 meses de evolução, e hematemeses, no dia da admissão. Os familiares reportavam suspensão de levotiroxina 9 meses antes. À observação, sonolento, normotenso e normocárdico, com ascite sob tensão. Analiticamente, com anemia microcítica e hipocrómica, provas hepáticas inalteradas, sem trombocitopenia ou coagulopatia. A TC abdominal e pélvica confirmou ascite, sendo o fígado homogéneo de dimensões conservadas e não existindo esplenomegalia. A endoscopia digestiva alta revelou extensa esofagite de refluxo, sem estigmas de hipertensão portal. O líquido ascítico apresentava gradiente seroascítico de albumina (GASA) menor que 1.1, proteínas 6.4g/dL e 127 células com predomínio mononuclear. O exame microbiológico foi negativo, sendo o doseamento de adenosina desaminase normal. Não se documentaram células malignas na citologia. O estudo da função tiroideia mostrou TSH de 118UI/L, com frações livres indetetáveis. Foi retomada e titulada levotiroxina PO em internamento, com melhoria clínica. Três meses após alta documenta-se resolução da ascite.
Discussão: O caso reforça o amplo espectro de diagnósticos diferenciais de ascite com GASA menor que 1.1. A elevação de proteínas (superior a 2,5g/dL) e reduzida contagem de leucócitos, com linfocitose, no líquido ascítico favorecem o diagnóstico, após exclusão de outras causas. A reposição hormonal condutora de melhoria clínica com resolução da ascite confirma o diagnóstico.

PA n.º 0983

PDW – um marcador de prognóstico em doentes com insuficiência cardíaca crónica

Ana Raquel d. Neves(1);Rita Gouveia(1);Sérgio Madureira(1);Catarina Elias(1);Pedro Ribeirinho Soares(1);Marta Soares(1);Joana Pereira(1);Patrícia Lourenço(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

O índice de distribuição plaquetar (PDW) encontra-se associado a aterosclerose, doença coronária (DC), doença cerebrovascular e doença inflamatória sistémica. Estas doenças desempenham um papel fundamental na fisiopatologia da insuficiência cardíaca (IC). Os níveis de PDW predizem a ocorrência de morte de causa cardíaca e recorrência de isquemia em doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM). No entanto, apesar de a PDW ser considerada um marcador de prognóstico na insuficiência cardíaca aguda, pouco se sabe acerca do seu impacto na IC crónica.
Investigar o impacto prognóstico do PDW em doentes com IC crónica com disfunção sistólica ventricular esquerda
Foram analisados retrospetivamente doentes em ambulatório com IC crónica com disfunção sistólica ventricular esquerda seguidos em consulta de IC de janeiro/2012 a maio/2018. Foram excluídos os doentes sem dados acerca do PDW na primeira consulta ou com fração de ejeção esquerda recuperada. O objetivo primário foi a avaliação de mortalidade por todas as causas. Os doentes foram agrupados de acordo com os tercis iniciais dos valores PDW: 1º grupo com PDW <12,6fL; 2º grupo ≥ 12,6 e <14,3fL; e 3º grupo ≥14,3fL. Foi utilizada uma análise de regressão-cox para avaliar a associação entre os valores de PDW e a mortalidade por todas as causas. O valor de 14,3fL foi o ponto de corte do PDW escolhido (último tercil). Foi construído um modelo com múltiplas variáveis ajustado para a idade, sexo, diabetes mellitus (DM), DC, doença inflamatória/autoimune, anemia, disfunção renal, peptídeo natriurético do tipo cerebral (BNP), classe da New York Heart Association (NYHA), terapêutica modificadora de prognóstico e gravidade da disfunção ventricular esquerda.
Nesta coorte de 766 pacientes, 65,7% eram do sexo masculino, e a média de idade foi de 70±13 anos; 35,4% estavam em classe I da NYHA; 44,9% em classe II e os restantes em classes superiores; 38,3% apresentavam DM; 51,4% disfunção sistólica ventricular esquerda grave e 3,9% doença inflamatória ou autoimune. No final da primeira consulta, 93,2% estavam medicados com betabloqueadores, 84,5% com inibidores da enzima conversora de angiotensina/bloqueadores de recetores de angiotensina (IECA/BRA) e 29,5% com antagonistas de recetores de mineralocorticóides. O valor mediano (intervalo interquartil) de BNP foi de 281,9pg/mL (119,1-637,9pg/mL) e o valor mediano de PDW (IQR) foi de 13,5 (12,1-14,9)fL. Durante um seguimento médio de 49 (30-79) meses, 372 doentes (48,6%) morreram. Os doentes com valores de PDW no último tercil apresentaram um maior risco de morte por todas as causas do que aqueles com valores menores (HR: 1,31, IC 95%: 1,047-1,639, p=0,02).
Em doentes com IC crónica, um PDW elevado parece ser um preditor independente de mortalidade. Quando PDW é ≥14,3fL, existe um aumento de 31% no risco de morte por todas as causas a longo prazo. O PDW é um parâmetro prático, económico e amplamente disponível que pode auxiliar na identificação de doentes de alto risco com IC crónica.

PA n.º 0985

Doença granulomatosa do SNC na imunodeficiência comum variável – uma apresentação rara

Ana Raquel d. Neves(1);Maria Helena Rocha(1);Ana Toste(1);Fernando Nogueira(1);José Marques(1);Ester Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Imunodeficiência Comum Variável (ICV) é uma imunodeficiência primária caracterizada por alterações na diferenciação de células B com consequente produção defeituosa de imunoglobulinas, podendo apresentar-se sob a forma de infeções recorrentes, doenças autoimunes, processos granulomatosos, principalmente pulmonares, mas também extrapulmonares, incluindo o sistema nervoso central (SNC). Trata-se do caso de uma doente do sexo feminino, 31 anos, seguida em consulta de Medicina Interna por trombocitopenia imune, anemia hemolítica, doença pulmonar intersticial e hipogamaglobulinemia, sugerindo uma suspeita diagnóstica de ICV. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 3 semanas de evolução de cefaleias temporo-parietais persistentes, associadas a náuseas e vómitos. Sem alterações de relevo no exame físico.
Realizou uma TC e posteriormente uma RMN cerebral que demonstraram múltiplas lesões de aspeto infiltrativo supra e infratentoriais, com dilatação ventricular do sistema supratentorial, apagamento sulcal e hidrocefalia, sugerindo para estes achados uma etiologia inflamatória. O líquido cefalorraquídeo apresentava pleocitose linfocítica, sem evidência de infeção ou malignidade.
Na ausência de outra etiologia, os achados imagiológicos foram enquadrados num quadro de possível ICV, tendo, por isso, iniciado corticoterapia em altas doses e imunoglobulina endovenosa com evolução clínica e imagiológica favorável, com resolução das queixas e redução progressiva da expansão cortical do hemisfério cerebelar esquerdo, bem como do edema vasogénico adjacente.
O atingimento do SNC é uma complicação rara e desafiadora da ICV. Os doentes com envolvimento do SNC são geralmente do sexo feminino, caucasianos e geralmente apresentam associadamente envolvimento pulmonar. A imunoglobulina e a corticoterapia são a primeira linha de tratamento, devendo ser iniciados assim que possível, de forma a prevenir outras complicações neurológicas e sistémicas.

PA n.º 0987

TRAJECTO INTRAMIOCÁRDICO E ACIDENTE DE ISQUÉMIA TRANSITÓRIA - "A CULPA" É DO VASOESPASMO?

Filipa Pinto(1);Diogo Brás(1);David Cintra(1);Carmen Corzo(1);Sílvia Lourenço(1);Luísa Rebocho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: As artérias coronárias epicárdicas podem ter segmentos intramiocárdicos, achado habitualmente benigno, mais comum na descendente anterior (DA). Contudo pode ocorrer isquemia por taquicardia e/ou vasoespasmo. Está descrita associação entre vasoespasmo coronário e de outros segmentos arteriais, causando sintomas condicionados por isquemia intermitente.
CASO CLÍNICO: Homem, 48 anos, ex-fumador 89UMA e dislipidémico. No último ano, referiu 3 episódios de dor retrosternal irradiada para a mandíbula e braço esquerdo, 30min de duração. Internado por referir em 24h 3 episódios de dor de características semelhantes às descritas, sudorese e tonturas. Concomitantemente teve incapacidade para emitir discurso e dormência no hemicorpo esquerdo. Negava toxicofilia. Na Urgência foi medicado com nitroglicerina, pantoprazol e diazepam com melhoria. Exame objectivo, ECG, angioTC-CE, análises e radiografia torácica sem alterações. Troponina negativa. Ficou internado na Unidade AVC sob ácido acetilsalicílico e estatina. A AngioRM-CE mostrou focos glióticos antigos. EcoDoppler transcraniano, carotídeo/vertebral e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Para esclarecimento da toracalgia, embora atípica, fez coronariografia- sem doença coronária aterosclerótica, mas com trajecto intramiocárdico extenso na DA e vasoespasmo neste território. Teve alta assintomático,sob bloqueador dos canais de cálcio (diltiazem) e nitrato.
DISCUSSÃO: Na ausência de lesões coronárias ateroscleróticas, considerou-se vasoespasmo como causa provável de dor retroesternal, em doente com trajecto intramiocárdico longo (associação descrita na literatura). Igualmente, face à ausência de doença aterosclerótica obstrutiva neurovascular, o quadro neurológico poderá estar justificado por vasoespasmo. Os autores reforçam a importância de manter o follow-up em consultas de Medicina Interna e Cardiologia para avaliar a eficácia da terapêutica médica, e também orientar mais adequadamente se houver recorrência das queixas.

PA n.º 0997
AVC EM CONTEXTO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – CASO CLÍNICO

Filipa Pinto(1);Carmen Corzo(1);Sílvia Lourenço(1);Luísa Rebocho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: Para além das manifestações gastrointestinais, estão descritos eventos vasculares cerebrais associados às Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Reporta-se caso de AVC isquémico recorrente em doente com Colite Ulcerosa.
CASO CLÍNICO: Homem, 53 anos. Diagnóstico de Colite Ulcerosa desde 2015, medicada com mesalazina 1,5 gr/dia. AVC isquémico lacunar direito em 2018 associado a uma agudização de DII no mês anterior. Na altura, estudo completo e repetido de AVC do jovem negativo. Foi considerada etiologia indeterminada e medicado com estatina e AAS. Holter anual sempre em ritmo sinusal e sem recorrência de eventos. Em Fevereiro de 2022, proctosigmoidite ulcerosa com actividade severa, estudo imunohistoquímico para pesquisa CMV negativo- duplicou dose de mesalazina para 3g, resolvendo queixas gastrointestinais em 1 semana. Em Março, cefaleia bifrontal e aumento do perfil tensional, antes hipotenso. Em Abril, internado na Unidade de AVC por enfarte lacunar recente tálamocapsular esquerdo, com disartria, parésia facial central esquerda- sem indicação para trombólise ou trombectomia. Repetiu estudo de ACV do jovem (pro-trombótico, autoimunidade, infeccioso), RM/Angio RM-CE, Holter, triplex scan sendo de salientar somente valor de Calprotectina elevada, 2228 µg/g, sugerindo actividade inflamatória. Realizou punção lombar, sem alterações bioquímicas, com 1.6 leucócitos. Foram negativos no líquor: vírus neurotrópicos, bacteriológico, anticorpos anti-MOG e anti NMO-IgG, e síntese intratecal de IgG. Perfil hipotenso durante o internamento apenas com dieta hipossalina. Alta medicado com Clopidogrel e Atorvastatina, programando-se optimização da terapêutica da DII com colega de Gastroenterologia. Aguarda colocação de detector implantável de eventos para exclusão de fibrilhação auricular.
DISCUSSÃO: A etiologia indeterminada de dois AVCs que surgem associados a actividade inflamatória intestinal, coloca como causa mais provável a presença de estado protrombótico associado a DII activa. Discute-se a importância de utilização de estratégias e tratamentos suplementares para reduzir o risco aterotrombótico durante o período de atividade da doença intestinal, como a utilização de novas terapêuticas no controlo de DII e o seu papel na diminuição de eventos vasculares cerebrais.

PA n.º 0999

CRISE CONVULSIVA COMO INTERCORRÊNCIA ASSOCIADA AO TRATAMENTO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA

Filipa Pinto(1);Carmen Corzo(1);Sílvia Lourenço(1);Isabel Fragata(2);Luísa Rebocho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: As malformações arteriovenosas (MAV) apresentam-se como convulsões em 40% dos casos. Com a embolização endovascular cada vez mais sofisticada, MAVs previamente não tratadas, podem ser obliteradas, diminuindo o risco de hemorragia.
CASO CLÍNICO: Mulher 48 anos, tabagismo activo, dislipidemia. Diagnóstico de MAV após episódio de cefaleia e alteração do estado de consciência. AngioTC-CE: MAV frontal esquerda, nidus 4cm, Spetzler-Martin grau 4. Em Centro de Referência, angiografia identificou MAV frontal esquerda cortico-ventricular com aferentes da ACA, ACM, ramo lenticulo-perfurante lateral, ramo frontal da ACME, drenagem venosa para veias corticais paramedianas, drenagem profunda para veia cerebral interna ipsilateral. Realizada embolização de ramos na dependência da ACA. Cinco dias depois, recorreu à Urgência por 4 eventos auto-limitados de incapacidade para emitir palavras com cefaleia pulsátil esquerda. Exame neurológico sem alterações. AngioTC-CE: MAV parcialmente embolizada frontal parassagital esquerda com exclusão de hemorragia e/ou trombose venosa. Após discussão com Equipa do Centro de Referência, administrada dexametasona 8mg + 8mg EV. Ficou internada na Unidade de AVC para vigilância. RM/angioRM-CE, triplex scan, EEG sem alterações de relevo. Pelas características do evento, localização da MAV, etiologia mais provável: episódios de crises parciais complexas. Iniciou levetiracetam 500mg 12/12h, encontrando-se assintomática.
DISCUSSÃO: Este caso relembra a importância de considerar a crise convulsiva não só como apresentação de MAV, mas também como intercorrência associada a embolização, após exclusão de outras etiologias. Destaca-se o papel da dexametasona no controlo de edema/inflamação locais após procedimento. Salienta-se a importância de manter uma boa articulação interdisciplinar em follow-up dos doentes.

PA n.º 1000

Leptospirose - do campo para a cidade

Desirée Farinha(1);Marta Quaresma(1);Ana Carolina Simões(1);Mónica Reis(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFXira

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução

Leptospirose é uma zoonose transmitida aos seres humanos por contacto direto com urina ou tecidos infetados ou indiretamente através da água ou solo contaminado. Os roedores são o reservatório mais frequente. O período de incubação é de 1-2 semanas. Na forma ligeira manifesta-se com sintomas inespecíficos (febre, cefaleias e mialgias), na forma grave caracteriza-se por icterícia, disfunção renal e diátese hemorrágica, conhecida como Síndrome de Weil.

Caso Clínico

Sexo feminino, 38 anos recorreu ao SU por abcesso axilar esquerdo, febre, cefaleias e exantema urticariforme limitado ao tronco. Alta medicada com amoxicilina + ácido clavulânico que suspendeu por intolerância oral. Retorna após 2 dias por erupção cutânea pruriginosa generalizada, febre, dejeção líquida e vómitos. Refere estadia recente no Alentejo.

À admissão apresentava-se consciente e orientada, hipotensa, taquicárdica, febril, eupneica, mucosas coradas e hidratadas, anictérica, exantema generalizado e eritema palmar. Restante exame objetivo sem alterações. Análises revelaram anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda com azotemia e padrão de citocolestase. Ecografia abdominal e renal com discreta litíase vesicular, sem alterações do parênquima hepático e renal. Internada durante 17 dias, medicada com Ceftriaxone e Doxicilina durante 16 dias. Pesquisa de Ac anti-Leptospira interrogans positivo. Exames culturais e restantes sorologias negativos. Evolução no internamento favorável, com redução dos parâmetros inflamatórios e normalização das funções renal e hepática.

Discussão

Doença com prognóstico favorável, com recuperação função renal e hepática, como verificado neste caso clínico. A mortalidade é maior em idosos e no Síndrome de Weil. As medidas para controle da infeção baseiam-se em evitar o contacto com urina e tecidos de animais infetados, vacinação dos animais e no controle de roedores.

PA n.º 1004

Caso de linfoma não Hodgkin com eventual componente hereditário e manifestação paraneoplásica rara

Joana Formiga Viegas(1);Catarina Lopes Silva(1);Ana Graça Bernardino(1);João Pedro Araújo(1);Ana Paula Vilas(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A maioria dos linfomas tem causa desconhecida. O linfoma não Hodgkin (LNH) está associado a vários fatores de risco, principalmente a mutações genéticas adquiridas. Sendo os linfócitos células do sistema imunitário, pensa-se que pessoas com algumas doenças autoimunes ou infeções crónicas têm maior risco de linfoma. Adicionalmente, o livedo racemosa (LR) é um exantema reticulado da pele que resulta de vasoespasmo arteriolar prolongado ou de trombose arteriolar, associando-se classicamente à doença cerebrovascular (síndroma de Sneddon), mas podendo também associar-se a doenças autoimunes, infeciosas e neoplásicas. É como tal fundamental a sua valorização e investigação etiológica.
Caso clínico: Mulher de 53 anos, com irmã gémea homozigótica (IGH), referenciada à consulta em 2008 por adenomegálias (AdMg) cervicais. Foram diagnosticadas doença pulmonar intersticial e quistos ósseos, assumindo-se histiocitose X 2ria ao tabagismo (sem comprovação histológica). Cessou este hábito e teve remissão completa do quadro. Na mesma altura foi diagnosticado síndroma sicca Sjögren like. No Verão de 2021 iniciou emagrecimento aparentemente intencional. No final de 2021 surgiu 1 AdMg latero-cervical esquerda com características inflamatórias. Fez ecografia em Mar./2022, observando-se poli-AdMg cervicais. Reavaliada em Abr/2022, objetivou-se ainda LR exuberante nos membros inferiores. Nesta altura havia sido diagnosticado linfoma à IGH. Ponderou-se doença linfoproliferativa (DLP) e LR como manifestação paraneoplásica. A TC de corpo evidenciou ainda AdMg a nível da cadeia esplénica, não existindo outras alterações de relevo. A core needle biopsy de gânglio cervical diagnosticou LNH B compatível com linfoma do manto. O estudo imunológico e anticorpos do sindroma dos anticorpos antifosfolipídicos (SAAF) foram negativos, favorecendo a hipótese de LR paraneoplásico.
Discussão: O componente hereditário nas DLP não está comprovado, mas no caso apresentado é tentador estabelecer a relação. Este caso realça ainda a necessidade da investigação etiológica do LR, podendo este, embora que pouco frequentemente, ser uma manifestação paraneoplásica. A associação LR/DLP, em particular, é rara, apenas se encontrando casos pontuais desta associação descritos na literatura.

PA n.º 1009

TUBERCULOSE DISSEMINADA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Fábia Cerqueira(1);Ana Furão Rodrigues(1);Gonçalo Domingos(1);Ana Melício(1);Jorge Governa(2);Carla Mimoso Santos(1);Nídia Zózimo(1);Robert Badura(1);Álvaro Ayres Pereria(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) pode ser um desafio diagnóstico, principalmente se associada a manifestações atípicas.
CASO CLÍNICO: Mulher, 76 anos, com antecedentes de Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com envolvimento inicial de órgão major (SNC, renal e polisserosite), atualmente apenas com atividade laboratorial, sob prednisolona e metotrexato em baixa dose. Quadro de astenia, perda ponderal (10kg) e polaquiúria com 1 ano de evolução. Internada por urossépsis por E. faecalis e alterações imagiológicas em TC ("Espessamento ileal, válvula ileocecal e cólon ascendente; dilatação ureteral extensa com espessamento difuso do urotélio; derrame pleural bilateral e micronódulos pulmonares periféricos"). Após antibioterapia dirigida, quadro febril mantido, excluindo-se pielonefrite complicada e flare lúpico. Colonoscopia, com "mucosa ulcerada, suspeita de colite por citomelogavirus (CMV)". Carga viral CMV indetectável, IgG positivo (>500) e IgM negativo; biópsias com "colite granulomatosa não necrotizante e inclusões virais CMV"; pesquisa de microorganismos por Ziehl-Neelson negativas. Iniciou tratamento dirigido com ganciclovir. Pelos achados sugestivos, iniciou pesquisa de TB, não sendo possível colheita de suco gástrico ou expetoração. IGRA positivo. Broncofibroscopia sem alterações. Em uroculturas seriadas, confirmou-se infeção por Mycobacterium tuberculosis, iniciando antibacilares, com melhoria clínica. Admitiu-se diagnóstico de TB disseminada a condicionar quadro constitucional e síndrome febril arrastado.
DISCUSSÃO: A TB pode representar um desafio diagnóstico. Salienta-se a dificuldade acrescida pela concomitância duma doença multissistémica (LES) e terapêutica imunossupressora. O diagnóstico de TB disseminada foi possível pela manutenção de uma elevada suspeita clínica, e perante as alterações imagiológicas extra-pulmonares (intestinais e renais) compatíveis e mesmo sugestivas, corroborando esta hipótese.

PA n.º 1011

Esofagite eosinofílica: a propósito de um caso clínico

Inês Salvado de Carvalho(1);João Barros Rodrigues(1);Ruben Rego Salgueiro(1);Jéssica Fidalgo(1);Joana Caires(1);Maria João Baldo(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A identificação da esofagite eosinofílica tem vindo a aumentar em todo o mundo. Esta condição clínica é ainda não é completamente compreendida, sendo muitas vezes confundida com doença do refluxo gastroesofágico. Os fatores dietéticos têm um papel importante tanto na patogénese como no tratamento.
Descrição: Doente do sexo masculino, 36 anos, autónomo, que recorre ao SU por disfagia de início súbito, durante alimentação. Sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo, sem alterações. Realizou no SU: Endoscopia digestiva alta (EDA): impactação alimentar a nível do esófago distal. Anéis traqueiformes no esófago, compatível com esofagite eosinofílica, realizadas biopsias. Tendo sido removida conteúdo alimentar durante a EDA. Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna. Em consulta, referia azia e indigestão, com vários anos de evolução. Como antecedentes pessoais de relevo, rinite alérgica com alergia ao pólen, ácaros e morango. Referia toma de inibidor da bomba de protões de forma esporádica (Omeprazol 20mg). Biópsia esofágica: H. Pylori negativo. F1 e F2: Gastrite crónica sem actividade. F3 e F4: lesões de esofagite com numerosos eosinófilos em F3. Realizou: Controlo analítico: Leucopenia (Leucócitos 4.38 10^3/uL), estudo de alergénios: IgE total 136.0 kUIgE/l, Multi-rast alergénio inalante (Phad) 26.20 Kua/, Multi-rast gramíneas 30 Kua/l e Trigo inalante 11.90Kua/l (parâmetros elevados). Manometria: sem alterações. Doente alterou a sua dieta e iniciou terapêutica com Omeprazol 20mg 1 comprimido em jejum, com boa resposta clínica.
Conclusão: A esofagite eosinofílica é diagnosticada com base na presença de sintoma típicos, como disfagia para sólidos e impactação alimentar, com a presença de epitélio escamoso eosinofílico em biopsias esofágicas. Na maioria dos doentes há história de alergias alimentares, asma, eczema ou rinite alérgica.

PA n.º 1017

Elegibilidade para a estratégia COMPASS na consulta externa de Medicina Interna

Andreia Lopes(1);Sofia Julião(1);Diana Palácios(1);Teresa Fonseca(1);Dora Sargento(1);Mariana Alves(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Em 2017 o estudo COMPASS demonstrou que a terapêutica com rivaroxabano 2.5 mg em combinação com ácido acetilsalicílico 100 mg, reduziu o risco de eventos e mortalidade cardiovascular (CV) em doentes com doença coronária estável (DAC) e doença arterial periférica (DAP). O nosso trabalho pretende aplicar os critérios de inclusão e exclusão do estudo COMPASS e avaliar se os doentes seguidos em consulta externa de Medicina Interna são elegíveis para iniciar esta estratégia terapêutica.
Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e transversal. No mês de março de 2022, foram consultados os registos eletrónicos das consultas de Medicina Interna, assim como das subespecialidades (Diabetes, Hipertensão Arterial, Acidente Vascular Cerebral e Doenças Auto-imunes) para analisar quais os doentes que apresentavam critérios de inclusão e exclusão do estudo COMPASS. Foi realizada análise descritiva dos dados.
Resultados: De 228 doentes que apresentavam registo eletrónico de consulta, a média de idade era de 65.7 +/- 15.1 anos, sendo que 53% eram do sexo feminino. Destes, 18% (n= 42) cumpriram critérios de inclusão, sendo que 8% (n=19) apresentavam DAC, 6% (n=14) DAP e 2% (n=7) ambas as condições. Dos que cumpriam critérios de inclusão, 71% (n=30) apresentavam, pelo menos, um critério de exclusão, sendo o mais frequente o uso de anticoagulação oral, seguido pelo uso de estratégia antiagregante dupla. Um doente já se encontrava sob estratégia COMPASS. Foram, assim, considerados como elegíveis para a estratégia COMPASS apenas 5% (n=11) do total de doentes incluídos.
Conclusões: O número de doentes de Medicina Interna elegíveis para beneficiar da estratégia COMPASS não é negligenciável. Os internistas devem estar cientes dos critérios de inclusão e exclusão desta nova estratégia de prevenção para aplicá-la prontamente na prática clínica.

PA n.º 1019

Neuropatia aguda no tratamento de cetoacidose diabética

Margarida Almeida(1);Tiago Pina Cabral(1);Marta D´Orey(1);Bruno David Freitas(1);Alice Sousa(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO:
A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda da Diabetes Mellitus (DM). A neuropatia diabética é uma complicação comum no decurso da doença. A neuropatia aguda é um evento raro neste contexto.

CASO CLÍNICO:
Homem, 64 anos, autónomo, com história de DM tipo 2 insulinotratado, perturbação delirante e etanolismo crónico em abstinência, internado por CAD. No 1º dia de internamento, apresenta défice de força e sensibilidade nos membros superiores (MS), não descrito previamente. Objetivamente, lentificação psicomotora, hipotonia flácida dos MS de predomínio distal, assimétrica, mais à direita. À esquerda com limitação da mobilidade da articulação do punho com dedos em garra, atrofia discreta dos músculos intrínsecos da mão esquerda, sem fasciculações. Edema exuberante dos MS de predomínio distal, sem alterações cutâneas. Força muscular flexores/extensores do punho e dedos ausente, flexores/extensores do cotovelo G3/G2, abdução/flexão ombro G4, membros inferiores G5. Défice sensitivo dos MS aparentemente reduzido a nível distal. ROTs estilo-radiais abolidos; bicipitais e tricipitais presentes e simétricos; rotulianos fracos e aquilianos abolidos. Sem envolvimento de pares cranianos. TC-crânio, RM crânio encefálica e cervical sem alterações. Anticorpo antigangliosídeo negativo. Parâmetros inflamatórios, metabólicos, painel vírico e tóxicos normais. EMG compatível com plexopatia braquial bilateral e polineuropatia sensitiva axonal dos membros inferiores. Admitiu-se plexopatia braquial bilateral induzida pelo tratamento da DM2. Iniciou programa de reabilitação motora, com recuperação lenta dos défices.

DISCUSSÃO:
São raros os casos de polineuropatia com envolvimento braquial bilateral no contexto do tratamento de CAD. Este caso enfatiza a necessidade de monitorizar o aparecimento de complicações neurológicas após normalização da glicemia em contexto de CAD.

PA n.º 1022

Dispneia na grávida – não esquecer iatrogenia

Joaquim Milheiro(1);Carolina Anjo(1);Filipa Reis(1);Caroline Soares(1);Giovana Ennis(1);Hélia Mateus(1);Cristina Andrade(1);Adelino Carragoso(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A gravidez representa um momento de pouca segurança para o prestador de cuidados de saúde não diferenciado na população especial. A medicina interna, como especialidade integradora, pode contribuir para um diagnóstico atempado e assertivo, evitando procedimentos diagnósticos e terapêuticos supérfluos, permitindo assim melhorar o prognóstico da mulher e do feto.
Caso Clínico: Primigesta de 32 semanas de gestação, sem antecedentes médico-cirúrgicos de relevo, observada pela Medicina Interna por dispneia ao terceiro dia de internamento motivado por ameaça de parto pré-termo. Durante o internamento cumprira um ciclo de dexametasona para maturação pulmonar fetal e dois ciclos de atosiban como terapêutica tocolítica. Ao fim do terceiro dia de internamento desenvolveu insuficiência respiratória hipoxémica, sem dor torácica, tosse ou outra sintomatologia e teve necessidade de oxigenioterapia com incremento até 8L/min. A equipa obstétrica assistente havia solicitado exames auxiliares de diagnóstico: Radiografia do tórax com aspeto de edema alveolar, análises com elevação dos d-dímeros e do NT-proBNP, angio-TC do tórax que excluiu tromboembolismo pulmonar. Integrando os elementos disponíveis, diagnosticámos edema pulmonar não cardiogénico secundário ao atosiban. Optámos por tratamento de suporte e vigilância. A evolução foi favorável, tendo tido alta com resolução total do quadro.
Discussão: A investigação do edema agudo do pulmão implica um diagnóstico diferencial extenso e completo. A gravidez não contraindica de forma absoluta a maioria dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, mas deve ser dada prioridade ao seu uso racional, ponderado e seguro.

PA n.º 1026

Glomeruloesclerose segmentar e focal com glomérulos isquémicos como manifestação de SAF

Rui Soares Correia(1);Luísa Costa(1);Tânia Sousa(1);Marlene Delgado(1);Ana Lemos(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
O Sindrome anticorpo antifosfolipido (SAF) é uma doença multissistémica autoimune, que se caracteriza por tromboses arteriais, venosas, distúrbios gestacionais ou hematológicos na presença de anticorpos antifosfolipídicos, com intervalo de 12 semanas. Uma pequena percentagem dos doentes pode apresentar tromboses microvasculares, sendo uma situação atípica, de difícil diagnóstico e geralmente grave.
Caso Clínico
Homem de 58 anos, com antecedentes de HTA, Hiperuricemia e Trombose do ramo temporal inferior da veia central da retina recentemente. Quadro com 3 semanas de cansaço e dispneia para grandes esforços, tosse e pieira com exame físico sem sinais de relevo. Analises com eosinofilia, lesão renal aguda, PCR de 4mg/dl. Rx tórax sem alterações. Ecografia renal com boa diferenciação parenquimo-sinusal. Resolução do quadro respiratório com tratamento sintomático, admitindo infecção das vias aéreas superiores. O estudo complementar do quadro clínico revelou regressão da eosinofilia, persistência da lesão renal, proteinuria de 3 g/24h e anticoagulante lúpico e anticorpo anticardiolipina IgM positivos em 2 doseamentos com intervalo de 12 semanas com restante autoimunidade negativa. Realizou biópsia renal que revelou glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) com padrão vascular com glomérulos isquémicos. Cumpriu critérios de Sindrome Antifosfolipidico: evento trombótico e GESF com glomerulos isquémicos em associação a anticoagulante lúpico e anticorpo anticardiolipina IgM positivos com intervalo de 12 semanas. Instituiu-se anticoagulação com varfarina, sem novos eventos trombóticos e estabilidade da função renal.
Discussão
Salienta-se o caso pelo envolvimento glomerular ser relativamente incomum no SAF e poder conduzir a doença renal crónica, sendo assim importante um diagnóstico precoce.

PA n.º 1042
Impacto do Factor VIII na gravidez
Inês Nogueira da Fonseca(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A perda gestacional recorrente é uma complicação obstétrica dramática. Um dos factores implicados é a presença de trombofilia; apesar disso, existe pouca evidencia científica, considerando as limitações legais e éticas. No aborto de repetição, além das trombofilias mais frequentemente descritas neste contexto, devem ser consideradas outras alterações de elevado risco trombótico.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, natural do México, com excesso de peso, e com antecedentes de 3 abortos espontâneos antes das 12 semanas.
Considerando o insucesso das gestações anteriores, foi realizado o estudo laboratorial. De acordo com o habitualmente preconizado, apresentava: Antitrombina III, Proteína S e actividade da Proteína C dentro de valores normais; anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM, B2-glicoproteína IgG e IgM ausentes; mutações de Factor V, PT-G20210A e MTHFR ausentes; cariótipo normal. Foi encaminhada para consulta hospitalar, tendo sido documentado excesso de F VIII (311% - VR 50-150%). Considerando esta alteração, e com nova gravidez em curso, foi iniciada enoxaparina 40mg/d, pelas 4 semanas de gestação. Contudo, desenvolveu rash cutâneo no local de inoculação, tendo sido este fármaco suspenso às 15 semanas. Foi iniciada dalteparina, mas que cursou com recidiva de rash, cerca de 2 semanas depois. Antecipando-se a possibilidade de reacção cruzada entre HBPM, foi feito pedido de terapêutica com fondaparinux à Comissão de Ética do hospital. O fármaco foi iniciado, na dose de 2,5mg/d, pelas 27 semanas de gestação. A gravidez cursou sem intercorrências, sem discrasia hemorrágica, sem alterações laboratoriais de relevo, sem malformações fetais. Parto e pós-parto sem intercorrências para mãe ou recém-nascido.
Discussão: Com este caso, os autores pretendem alertar para a necessidade de aumentar o espectro do estudo das trombofilias, em caso de perda gestacional recorrente. O excesso de factor VIII poderá estar associado a aborto precoce, pelo que deve ser equacionado na presença de perda gestacional recorrente.

PA n.º 1061

SÍNDROME DE TROUSSEAU - CRÓNICA DE UMA NEOPLASIA ANUNCIADA

Ana Furão Rodrigues(1);Ana Maria Baltazar(1);Fábia Cerqueira(1);Ana Mafalda Abrantes(1);Diogo Mendes Pedro(1);Robert Badura(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO: A trombose venosa profunda (TVP) não provocada associa-se a neoplasia em 15% dos casos e a menor tempo de sobrevida. É mais frequente nas neoplasias do pâncreas, ovário e cérebro, podendo ser a primeira manifestação de neoplasia oculta.

CASO CLÍNICO: Homem, 68 anos, autónomo, antecedentes de TVP recorrente. Estudo de trombofilias e TC-TAP em 2014 sem alterações. Anticoagulado com varfarina. Seis anos depois, é internado por hemiparésia esquerda e incontinência de esfíncteres. Referia anorexia e perda ponderal (15Kg) em 2 meses. Realizou RM-CE com "lesão frontal direita, com extenso edema vasogénico, sugerindo secundarização". Iniciou dexametasona com melhoria clínica. Do estudo realizado destaca-se TC toraco-abdomino-pélvica com "nódulo pulmonar do LIE suspeito de lesão primária e lesões metastáticas no LID e fígado", broncofibroscopia e biópsia de adenopatia periférica negativas para neoplasia, biópsia pulmonar com "metástase de adenocarcinoma com imunohistoquímica de origem bilio-pancreática". Repetida TC de abdómen, sem alterações bilio-pancreáticas. Dos marcadores tumorais salientava-se elevação de CA 19.9 (878U/mL). A PET documentou adicionalmente lesão na cabeça do pâncreas, lesões secundárias esplénicas, ósseas, no retroperitoneu e no psoas. Rápido agravamento do estado clínico, culminando no óbito.

DISCUSSÃO: Por definição, a Síndrome de Trousseau é um diagnóstico retrospetivo, após a descoberta de neoplasia. A TVP "idiopática" associada a esta síndrome surge como sintoma primário de cancro 2 a 8 anos antes do diagnóstico e o estudo etiológico inicial raramente apresenta alterações. Os episódios de TVP são mais frequentes quanto mais avançado for o estadio. A literatura evidencia que o screening extenso de neoplasia em casos de TVP idiopática não aumenta a percentagem de diagnóstico (15%), não altera a evolução da doença ou a taxa de mortalidade. Contudo, a sua exclusão, em cada caso particular, deve ser realizada.

PA n.º 1075

Hepatite autoimune (um diagnóstico 5 anos depois)

Jéssica s. Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Laura Baptista(1);Sérgio Monteiro(1);Joana Martinez(1);Valter Duarte(1);Ana Sofia Montez(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A hepatite autoimune define-se como uma doença inflamatória crónica, associada à presença de anticorpos circulantes assim como, de níveis elevados de imunoglobulinas no sangue, sendo a IgG a mais comum nesta entidade. Em alguns casos, numa fase inicial da doença, não há presença de anticorpos no soro, e por vezes quando estes surgem, não são característicos de HAI. Assim, um grau elevado de suspeição é necessário, como veremos no caso que a seguir se apresenta.
Caso clínico: Este caso retrata um doente do sexo masculino, de 65 anos, com várias vindas ao SU, a primeira datada de 2017, com sintomatologia semelhante em todas elas: dor no hipocôndrio direito e astenia com alguns dias de evolução. Dos vários estudos analíticos realizados destacava-se um aumento das transaminases e um ligeiro aumento da citocolestase, não apresentando o doente, sinais de disfunção hepática. Nos vários internamentos foi solicitado o estudo da etiologia da hepatite aguda que se revelou consecutivamente sem alterações. Excluídas as várias causas de hepatite aguda, é assumido um quadro de hepatite tóxica, tal como o resultado da primeira biópsia evidenciava (apesar da ausência de fármacos provados como hepatotóxicos na medicação habitual do doente).
No início deste ano, o doente volta a apresentar um quadro clínico semelhante, no entanto, com critérios de disfunção hepática grave. Faz novo estudo, desta vez, com perfil AMAs positivo. Pensando-se numa possível síndrome de overlap (hepatite autoimune/colangite biliar primária) é efetuada nova biópsia hepática e o doente inicia ciclo de corticoterapia associado a ácido ursodesoxicólico, apresentando melhoria. Após o resultado da biópsia, desta vez compatível com HAI agudizada, não cumprindo critérios de CBP, é assumido então a primeira, apresentado resolução completa das alterações com a corticoterapia instituída.
Discussão: Após a apresentação do caso acima descrito, podemos concluir que o diagnóstico de hepatite autoimune pode ser díficil necessitando de uma forte suspeição por parte do clínico, estando, por vezes, associado a um delay diagnóstico. Não obstante, torna-se mandatário, incluirmos esta entidade clínica como parte do nosso leque de diagnósticos diferenciais, uma vez que, alguns destes doentes podem evoluir para cirrose hepática, se não tratados a tempo.

PA n.º 1094

Hipercalcémia no serviço de urgência de Medicina Interna

Rita a. Coelho(1);Tânia Cardoso(2);Mariana Portugal(2);Guilherme Camões(2);Diana m. Ferreira(2);Rui Pina(2)
(1) IPO COIMBRA (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: Hipercalcémia é um distúrbio iónico comum na prática clínica. É definida por valores séricos superiores a 10,4mg/dL e pode ser caracterizada como ligeira (10,5 – 11,9 mg/dL), moderada (12 – 13,9 mg/dL) ou grave (>14 mg/dL) sendo que o tratamento deve ser ajustado ao grau de gravidade da hipercalcémia. Clinicamente pode ser assintomática, apresentar sintomas inespecíficos ou em casos graves levar a choque, insuficiência renal e morte. As principais etiologias são o hiperparatiroidismo primário (HPP) e tumores malignos. No HPP, os níveis de cálcio são tendencialmente normais ou ligeiramente elevados (< 11 mg/dl), nos casos associados a tumores , os valores geralmente excedem os 13 mg/dL.
Objetivo: Caracterizar a sintomatologia dos doentes admitidos no Serviço de Urgência (SU) de Medicina Interna com hipercalcémia, identificar e caracterizar a principal causa, abordagem terapêutica e a mortalidade.
Material e Métodos: Estudo retrospetivo, descritivo e inferencial de uma amostra consecutiva de 1096 doentes com identificação de hipercalcémia (>10,6 mg/dL) entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 do SU de Medicina Interna. Foram selecionados os 60 que tinham um valor de cálcio sérico superior a 13mg/dL.
Resultados: Dos 60 doentes, 61,7% eram do sexo masculino, com idade entre os 31 e os 95 anos (média 73,3 ± 13,1 anos). Os doentes do sexo masculino eram tendencialmente mais novos (71,0 ± 14,0 vs 76,9 ± 11,2 anos) mas sem diferença estatística (p > 0,05). A maioria (85%) eram sintomáticos ao diagnóstico: alteração do estado de consciência (53,4%), náuseas/vómitos (35%), astenia (33,3%), anorexia (31,7%) e obstipação (15%). O valor de cálcio corrigido variou entre 13 e 20mg/dL. Da amostra inicial, 73,3% tinham neoplasia ativa, dos quais 20,5% tinham metástases ósseas e 13,6% metástases pulmonares. Somente 8,3% doentes tinham HPP. Quanto ao tratamento objetivou-se de forma não exclusiva: fluidoterapia 81,7%, furosemida 40%, bifosfonato 55% (69,7% Ácido Zolendrónico e 30,3% Pamidronato dissódico), corticoterapia 21,7%, calcitonina 3,3% e 3,3% submetidos a hemodiálise. Dos 60 doentes, 73,3% ficaram internados sendo que 46,7% faleceram nesse internamento e 3.3% faleceu ainda durante a permanência no SU. Dos 29 doentes que não faleceram ao diagnóstico, apenas 17,2% apresentou recidiva de hipercalcémia. Aos 6 meses, da amostra inicial tinham falecido um total 73,3% doentes, sendo que dos doentes diagnosticados com neoplasia, aos 6 meses, faleceram 90,9%.
Conclusões: Considerando a amostra selecionada (hipercalcémia moderada a grave) a prevalência de sintomas foi a esperada, sendo de ressalvar ainda 15% de assintomáticos. Os sintomas relacionados ao sistema nervoso central predominaram, seguindo-se de sintomatologia inespecífica como astenia e anorexia. As neoplasias são a causa mais comum de hipercalcémia grave, e quando presente indica mau prognóstico, associada a elevada taxa de mortalidade a curto/médio prazo.

PA n.º 1099

Introdução de iSGLT2 em doentes hospitalizados por insuficiência cardíaca aguda

Joana Certo Pereira(1);Carolina Carrilho Palma(2);Sara Rodrigues Silva(3);Cristina Carvalho Gouveia(4);Bruno Pepe(1);João Rodrigues Barros(5);Nuno Maia Das Neves(6);Sérgio Brito(4);Carolina Coelho(7);Renato Guerreiro(4);Filipa Marques(4);Catarina Rodrigues(4);Célia Henriques(4);Inês Araújo(4);Cândida Fonseca(4)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz (2) Centro Hospitalar de Setubal (3) Hospital do Litoral Alentejano (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (5) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (6) Hospital da Luz Lisboa (7) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A insuficiência cardíaca (IC) aguda é causa frequente de internamento e associa-se a elevada morbilidade e mortalidade. A terapêutica modificadora de prognóstico permite a melhoria da sobrevida e qualidade de vida destes doentes. Estudos recentes (EMPEROR-Preserved e EMPULSE) confirmaram o benefício da introdução de iSGLT2 independentemente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e a segurança do seu início em doentes internados por IC aguda. As recomendações atuais aconselham a introdução de iSGLT2 como terapêutica modificadora de prognóstico precocemente em todos os doentes com IC.

Objetivos:
Analisar os dados referentes à introdução de iSGLT2 nos doentes internados por IC aguda, na prática clínica.

Métodos:
Foi realizada uma análise retrospetiva nos doentes internados por IC aguda entre setembro 2021 e fevereiro 2022 (6 meses). Foram identificados os doentes medicados com iSGLT2 antes do internamento e à data da alta. Nos doentes não medicados com iSGLT2 à data da alta ou que posteriormente suspenderam o fármaco, foi identificado o motivo. A análise estatística foi efetuada no SPSS.

Resultados:
Foram identificamos 86 doentes no período referido. A média de idades foi de 75±12 anos e 61% eram (n=52) homens. No que diz respeito à função ventricular esquerda, 43% (n=37) apresentavam IC com FEVE deprimida. Cerca de 16% (n=14) encontravam-se em classe III-IV NYHA em ambulatório. Durante estes 6 meses ocorreram 9 óbitos em internamento (10%). Quase um quarto dos doentes (21%; n =18) estavam medicados com um iSGLT2 previamente ao internamento. A maioria dos doentes ficaram medicados com um iSGLT2 após a alta: 91% (n=70) à data de alta e 3% (n=2) na consulta de reavaliação. Nos doentes a quem não foi possível iniciar iSGLT2 (6%; n=5), a principal razão apontada foi a disfunção renal aguda ou crónica agudizada. Por outro lado, houve suspensão do fármaco em 7% (N=5) dos doentes: 1 por disfunção renal e 4 por incumprimento terapêutico. Os iSGLT2 mais prescritos foram a dapaglifozina (65%, n=50), seguido da empaglifozina (34%, n=30) e da canaglifozina (1%, n=1).

Conclusões:
Durante o período estudado, um número reduzido de doentes estavam medicados com um iSGLT2 previamente ao internamento mas a grande maioria ficou medicado com esta terapêutica após a alta. Tal permite confirmar o cumprimento das recomendações atuais no que diz respeito ao tratamento da IC com iSGLT2, independentemente da fração de ejeção, uma mais valia comprovada no prognóstico da síndrome.

PA n.º 1100

Doença aguda em população selecionada: causas de recorrência a cuidados de saúde numa missão militar

Joana Certo Pereira(1);Vera Vaz(1);Mariana Correia(1);Cátia Lisboa e Silva(1);Maria Isabel Sousa(1)
(1) Direção de Saúde da Força Aérea

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução:
A participação em missões militares é uma atividade de elevado risco, sobretudo em militares portadores de doença, onde a ocorrência de eventos clínicos agudos durante a missão pode ter implicações graves na operacionalidade da missão.
O aprontamento sanitário, em que os militares são submetidos a uma avaliação médica rigorosa com exclusão de motivos impeditivos de participação na missão ou que possam potenciar limitações no Teatro Operacional (TO), é uma das fases mais relevantes do aprontamento geral da missão.
Ainda assim a ocorrência de doença aguda durante uma missão operacional é uma realidade, sendo essencial a existência de uma equipa de saúde treinada num TO, com conhecimento do contexto da missão e com treino em situações de emergência.
Os estudos sobre recorrência a cuidados de saúde nesta população são escassos.
Objetivo:
O objetivo primário foi a identificação das causas de recorrência a cuidados de saúde num contigente militar da Força Aérea Portuguesa.
O objetivo secundário foi a identificação das consequências da recorrência a cuidados de saúde a nível operacional.
Métodos:
Realizou-se análise retrospetiva das recorrências a cuidados de saúde no contingente da Missão Multidimensional Integrada das Nações Unidas para a Estabilização do Mali. Os dados foram obtidos no período 1 ano (2 períodos de 6 meses intervalados), de junho de 2020 a dezembro de 2021. A população estudada foi caracterizada quanto à idade, género e função na missão.
As causas de recorrência a cuidados de saúde foram identificadas e agrupadas por grupos de patologia, e foi avaliada a repercussão operacional das mesmas.
A análise estatística foi efetuada no SPSS.
Resultados:
O número global de militares participantes na missão no período avaliado foi de 262, com idades entre 19 e 46 anos e a maioria do género masculino 92% (n=241).
Houve 637 recorrências a cuidados de saúde. As causas de recorrência a cuidados de saúde mais frequentes foram as doenças do sistema músculo-esquelético, (28%; n=175), feridas (17%; n=107), seguidas de doenças do sistema digestivo (16%; n=105). Das recorrências aos cuidados de saúde, 34% (n=206) foram consideradas urgentes, 6% (n=22) cursaram com inaptidão temporária para a função, 4% (n=23) necessitaram de observação em nível superior de cuidados e em 0,6% (n=4) houve necessidade de repatriamento do militar. Não houve compromisso da capacidade operacional por motivos de saúde.
Conclusões:
As doenças do sistema músculo-esquelético, as feridas e as doenças do sistema digestivo foram as principais causas de recorrência a cuidados de saúde.
Durante o período estudado, foi mantida a capacidade operacional. O encaminhamento a nível superior de cuidados de saúde ou a necessidade de repatriação foram raros.

Um aprontamento médico adequado com rastreio de patologia de base é fundamental para redução da probabilidade de doença aguda e potencialmente grave no decorrer de uma missão.
Estes dados permitem fundamentar o treino da própria equipa médica para a missão, bem como a necessidade de estabelecer linhas de comunicação e de referenciação a níveis de cuidados superiores, que devem estar bem definidas à partida para minimizar o impacto operacional. Estes dados fundamentam assim a participação da equipa de saúde nas avaliações prévias às condições dos locais da missão.
São necessários mais estudos para melhor caracterização das populações militares nas várias missões, nesta área específica

PA n.º 1101

Quando um abcesso hepático esconde algo mais

Mariana Marçal(1);Ricardo Pereira(1);Sara Lopes(1);Joana Simões(1);Sara da Silva Correia(2);Pedro Freitas(1);Pedro Carreira(1);Susana Marques(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O abcesso hepático piogénico (AHP) constitui uma entidade clínica pouco frequente e resulta habitualmente da disseminação polimicrobiana através da dupla vascularização hepática. A sua relação com a neoplasia do cólon, apesar de rara, tem vindo a ser demonstrada na literatura e tem como etiologia a destruição tumoral da mucosa intestinal com consequente translocação bacteriana para o sistema porta.
Apresenta-se o caso de um doente de 72 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e glaucoma, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de alteração do estado de consciência e dispneia com 1 semana de evolução. À observação apresentava disfunção cardiovascular com posterior evolução para choque. Do estudo realizado, apurou-se em tomografia computorizada a existência de duas lesões hepáticas compatíveis com abcessos. Foi assumido choque sético com ponto de partida nas lesões identificadas e iniciadas medidas de ressuscitação e antibioterapia empírica. O doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos onde realizou drenagem percutânea ecoguiada de um dos abcessos com saída de conteúdo purulento, sem identificação de agente infecioso, tal como o restante estudo microbiológico (incluindo hemoculturas). Após estabilização clínica, foi transferido para Unidade de Cuidados Intermédios onde completou um ciclo de antibioterapia empírica com evolução clínica favorável. Ao 17º dia de internamento apresentou episódio de hematoquézias, sem instabilidade hemodinâmica, e realizou colonoscopia que objetivou uma lesão polipoide ulcerada estenosante ao nível do cólon sigmoide cujo exame anatomopatológico foi compatível com adenocarcinoma.
O caso ilustra uma relação já demonstrada em vários estudos recentes, com prevalência estimada de 8%. Realça desta forma a importância da realização de uma colonoscopia total nos doentes com AHP, especialmente na ausência de outras comorbilidades como patologia hepatobiliar, para exclusão etiológica de neoplasia do colón.

PA n.º 1119
Paralisia flácida aguda por hipercalemia multifactorial
Dr. Ricardo Rodrigues(1);Miguel Sequeira(2);Telma Alves(1);João Rocha Gonçalves(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A paralisia flácida aguda é uma complicação rara, mas potencialmente fatal, da hipercalemia grave. Caracteriza-se por uma fraqueza muscular súbita, ascendente, com arreflexia de um ou mais membros. Os autores apresentam o caso de um doente com paralisia flácida aguda secundária a retenção urinaria aguda e síndrome de lise tumoral.

Caso clínico:
Homem de 38 A, com antecedentes de síndrome de Lynch, que por recidiva tumoral na bolsa íleo-anal iniciara quimioterapia com protocolo FOLFOXIRI no dia anterior. Foi trazido ao Serviço de Urgência por quadro de fraqueza muscular generalizada. Ao exame objetivo apresentava tetraparesia flácida, com arreflexia generalizada, sem alterações da sensibilidade, tendo sido encaminhado para a equipa de neurologia por suspeita de polineuropatia inflamatória aguda. Realizou gasimetria que revelou acidose metabólica com hipercalemia grave (9.0 mmol/L). Por alterações eletrocardiográficas induzidas pela hipercaliemia, iniciou correção da caliemia. Analiticamente, apresentava lesão renal aguda (creat 12.9 mg/dL) e hiperuricémia (19.5mg/dL) graves. Perante a suspeita de síndrome de lise tumoral, iniciou rasburicase. Uma hora após início do tratamento, apresentava melhoria clínica conseguindo mobilizar os membros e caliemia de 7.8 mmol/L. A ecografia renal revelou dilatação pielocalicial bilateral severa devido a obstrução secundária à neoplasia pélvica. Após estabilização clínica com normalização da caliemia, o doente foi internado para continuação de cuidados.

Discussão:
Os autores descrevem um caso raro de paralisia flácida aguda secundaria a hipercalemia, em contexto de lise tumoral e insuficiência renal aguda obstrutiva. O caso demonstra a importância da exclusão de causas metabólicas como causa de sintomas neurológicos agudos.

PA n.º 1120

AVC de origem cardioembólica – uma etiologia rara

Gabriela Maria Costeira Paulo(1);Susana Meirim(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Freitas(1);Dany Cruz(1);Marcia Ribeiro(1);Carlos Silva(1);Alexandra Sousa(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO: AVCs isquémicos não lacunares são causados, na maioria dos casos, por cardioembolismo. A Fibrilhação auricular é uma das fontes mais frequentes de êmbolos cardíacos. No entanto, outras origens devem ser consideradas.
DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher, 53 anos, antecedentes de carcinoma de não pequenas células do pulmão (T4N2M1c), com diagnóstico e estadiamento recentes, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por lipotimia. Objetivada desorientação e discreta disartria. TC-CE com suspeita de metástase cerebral. RM-CE objetivou lesões isquémicas múltiplas na região cortico-subcortical parieto-tempero-insular esquerda e envolvendo a cabeça do núcleo caudado; lesão independente da lesão isquémica descrita, exercendo protrusão para o sistema ventricular, podendo corresponder a lesão secundária. Evolução com desequilíbrio, alterações na nomeação, derivação do membro inferior direito (MID) e hipostesia do hemicorpo direito. O angio-TC mostrou oclusão em segmento M2 proximal da divisão inferior da artéria cerebral média esquerda (ACME). ECG: sem alterações. Internada por AVC isquémico da ACME de etiologia cardioembólica provável (múltiplos enfartes recentes, com trombo em M2) e provável metastização cerebral única de neoplasia pulmonar. Por perturbação do relaxamento e massa apical no ventrículo esquerdo em ecocardiograma transtorácico, realizou RM cardíaca que confirmou lesão neoplásica. Por AVC isquémico de etiologia cardioembólica por massa cardíaca, metastática provável, antecipado início de quimioterapia. Dadas comorbilidades, sem indicação para cirurgia cardíaca. Iniciou hipocoagulação por cardioembolismo e possível estado de hipercoagubilidade associado a neoplasia.
CONCLUSÃO: Este caso destaca-se pela sua raridade e pela importância de adequar as hipóteses de diagnóstico às características individuais de cada doente.

PA n.º 1125

Tuberculose disseminada em doente sob terapêutica biológica

Mariana Morais(1);Inês Duarte(1);Sofia Ramos(1);Rita Matos Prata(1);Luís Dias(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A terapêutica com Infliximab está associada a um risco até 4 vezes superior de reativação ou disseminação de tuberculose. Apesar de ser reconhecida a susceptibilidade a infecções oportunistas durante a terapêutica com biológicos, existe uma frequência superior da infecção por tuberculose, do que de outras infecções, nos doentes a realizar inibidores de fator de necrose tumoral alfa.
Homem de 56 anos, com doença de Crohn ileocólica sob infliximab mensal e azatioprina e tuberculose latente tratada em 2020. Internado por quadro com 4 semanas de tosse, febre e perda ponderal. Objetivadas adenopatias em múltiplas cadeias, hepatoesplenomegália maciça e derrame pleural esquerdo extenso. Realizadas culturas, toracocentese e biópsia pleural, com teste de amplificação de ácidos nucleicos positivos em D7 de internamento, motivo pelo qual se iniciaram antibacilares. Iniciou quadro de insuficiência respiratória, com agravamento imagiológico com micronodularidade bilateral, sendo iniciada antibioterapia empírica para eventual sobreinfeção bacteriana ou fúngica. Foi excluída pneumocistose. Por disfunção multiorgânica, foi escalado o nível de cuidados, com necessidade de suporte aminérgico e ventilação invasiva. Faleceu em D9 de internamento por choque séptico refratário. Posteriormente obtido resultado de biópsia pleural, com presença de processo inflamatório granulomatoso necrotizante, com células gigantes multinucleadas e infiltrado linfóide e isolamento de Mycobacterium tuberculosis complex e bacilos álcool-ácido resistentes positivos na expetoração, lavado broncoalveolar, líquido, biópsia pleural e hemoculturas.
A tuberculose latente, apesar de tratada, pode sofrer reativação, em doentes imunosuprimidos, podendo apresentar uma evolução galopante. Também o manejo da imunosupressão e as suas consequências constituem um desafio clínico. Este caso permite abordar a marcha diagnóstica de tuberculose disseminada e o impacto da imunossupressão no desfecho clínico

PA n.º 1129

Granulomatose com Poliangeíte, a propósito de um caso clínico

Patrícia Macedo Simões(1);Joana Cabeleira(1);Filipa Farinha(1);Bernardo Silva(1);Tetiana Baiherych(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Vasculites associadas a ANCA são patologias auto-imunes caracterizadas por inflamação dos vasos sanguíneos, com ou sem necrose, com apresentações muito variáveis, que acarretam grande mortalidade. A granulomatose com poliangeíte (previamente Granulomatose de Wegener) é uma vasculite ANCA necrotizante de pequenos vasos, com formação de granulomas, que afecta mais commumente vias respiratórias e rins.
Mulher, 50 anos, pós-menopausa há 2 anos, autónoma nas AVDs, sem antecedentes relevantes.
Recorreu ao SU por quadro de astenia, cansaço progressivo, e perda ponderal involuntária de 6kg (8% do peso corporal) com 6 meses de evolução. Referia também artrite do punho direito há 5 meses, e rinorreia sanguinolenta há 3 dias.
À observação:TA 110/57mmHg, FC 110bpm, TT 36,4ºC, e SpO2 90% em ar ambiente; apresentava pele e mucosas descoradas.
Analiticamente, destacava-se anemia normocítica e normocrómica, com hemoglobina 4,4g/dL, LDH 276mg/dL, PCR 25,03mg/dL, procalcitonina 0,31mg/dL, e d-dímeros 6874ng/mL.
Na radiografia de tórax, apresentava infiltrados micronodulares bilaterais e hipotransparência da base direita. Na TC de tórax apresentava "(...)densificação alveolar difusa com consolidações dispersas de predomínio sub-pleural e anterior do lobo superior, lobo médio, e quase totalidade do lobo inferior direitos, com aspectos consolidativos alveolares subpleurais nos lobos superior e inferior esquerdos. (...) Hemorragia alveolar difusa?"
Fez transfusão de 4UCE e ficou internada para estudo.
Evoluiu com insuficiência respiratória rapidamente progressiva, com necessidade de VMI ao 5º dia de internamento.
Da investigação complementar, destaca-se: VS140mm, INR 1.19, d-dímeros 23007, proteinúria de 24 horas 1.240 g.
Perante suspeita de vasculite associada a ANCA, caso foi discutido com Reumatologia. Dada gravidade do quadro, não realizou biópsia diagnóstica; assumida Granulomatose com Poliangeíte e iniciada terapêutica com Rituximab, corticoterapia, e um pulso de Ciclofosfamida endovenoso, com boa resposta.
Do estudo de auto-imunidade, cujos resultados chegaram a posteriori, destaca-se ANCA positivos, no padrão pANCA e PR3, confirmando o diagnóstico.
Este caso destaca-se pela rapidez de progressão e gravidade do quadro, em que a clínica foi determinante para o rápido diagnóstico e tratamento.

PA n.º 1136

Infeção por C. difficile em doente com colite ulcerosa: a propósito de um caso clínico.

SERGIO COSTA MONTEIRO(1);Joana Martinez(1);Jéssica Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Maria Teresa Borralho(1);Andreia do Carmo Lopes(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Os doentes com doença inflamatória intestinal (DII) têm um risco aumentado de infeção por Clostridium difficile (C. difficile) mesmo não tendo sido alvo de antibioterapia prévia. Os autores apresentam o caso de um homem de 60 anos com diagnóstico recente de colite ulcerosa, sem outros antecedentes pessoais de relevo, internado no serviço de Medicina por agudização severa da sua colite. Após 16 dias de tratamento otimizado (pausa alimentar e nutrição parentérica, aumento da dose de mesalazina e ciclo de metilprednisolona) com melhoria clínica objetivada e via oral restituída, verificou-se novo agravamento do seu estado geral marcado por um aumento do número diário de dejeções diarreicas sanguinolentas (>8 dejeções por dia), sem presença de muco ou pus, associado a febre e dor abdominal. Ao exame objetivo febril, com mucosas descoradas e edema bilateral dos membros inferiores. Laboratorialmente com anemia normocítica e normocrómica, leucocitose neutrofílica, elevação dos marcadores de fase aguda e hipoalbuminémia. Velocidade de sedimentação discretamente elevada. Sem alterações da cinética do ferro, ácido fólico e vitamina B12. Hemoculturas negativas. RX do tórax em ortostatismo sem alterações. RX do abdómen sem alterações. Coproculturas, painel vírico fecal e pesquisa de parasitas nas fezes negativos. Calprotectina fecal positiva. Pesquisa de toxina C. difficile nas fezes positiva. Cumpriu 10 dias de fidaxomicina, mantendo-se a terapêutica dirigida com mesalazina e prednisolona (esta última já em esquema de desmame). Apresentou progressiva melhoria clínica e laboratorial. Teve alta orientado para início de terapêutica biológica. Os autores apresentam este caso para relembrar que existem dúvidas quanto à segurança de manter o tratamento imunossupressor dirigido à agudização da colite inflamatória quando se verifica o diagnóstico concomitante de colite infecciosa por C. difficile. Não está evidenciado, contudo, que a diminuição ou suspensão temporária dos agentes imunomodulares tenha relação direta com a boa evolução clínica e com o bom prognóstico destes doentes no que diz respeito a morbimortalidade durante o internamento e numa fase precoce após a alta. A decisão de manter os agentes imunosupressores deve, por isso, ser individualizada caso a caso.

PA n.º 1140

Como não é Linfoma!? – A propósito de um caso de Doença de Kikuchi-Fujimoto

Joana Massa Pereira(1);João Santos(1);Teresa Tomásia(1);Ana Baptista(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Algarve / Hospital de Faro

Tema: Doenças raras

Introdução: A doença de Kikuchi-Fujimoto (DKF) é uma causa rara de linfadenopatia necrotizante. É benigna e autolimitada, de etiologia desconhecida, que se torna num desafio diagnóstico dado a diversidade de diagnósticos diferencias com apresentações similares, desde causas infeciosas, autoimunes e linfoproliferativas. Manifesta-se clinicamente com linfadenopatias cervicais dolorosas e febre, porém poderá estar associada a sinais e sintomas infrequentes, direcionando, por vezes, a marcha diagnóstica a favor de malignidade.
Caso Clínico: Doente caucasiana de 51 anos, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, recorre ao serviço de urgência por sintomas B (febre vespertina e noturna (38,0-39,0ºC) e hipersudorese noturna), anorexia, mialgias e cefaleias, com 20 dias de evolução. Ao exame físico apenas de ressaltar a presença de adenopatia cervical esquerda, de consistência elástica, não aderente ou dolorosa. A nível do estudo analítico predomínio relativo de linfócitos e elevação ligeira da proteína C reativa. Da investigação infeciosa serologias positivas para Epstein-Barr, por provável infeção passada. Excluídas causas autoimunes. Realizou tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica e das partes moles do pescoço a qual revelou múltiplas adenopatias a nível das regiões cervical, submandibular e axilar bilateramente. Dado os achados obtidos e, por alta suspeita diagnóstica de doença linfoproliferativa, efetuou biópsia excisional do gânglio mais acessível. O relatório anatomopatológico concluiu tratar-se de uma linfadenite necrosante histiocitária, compatível com DKF.
Discussão: Apesar da apresentação clínica da DKF, nesta paciente, não ter sido a mais típica, dado a presença de adenopatias indolores à palpação, as diferentes cadeias ganglionares atingidas, a duração do período febril e a sintomatologia associada, deve ser um diagnóstico diferencial a não esquecer perante a presença de linfadenopatias, pelo seu curso benigno e tratamento de suporte.

PA n.º 1145
UM DIAGNÓSTICO RARO E CAUSA IMPROVÁVEL DE ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

Nádia Simas(1);Luciana Martins(1);Virgínia Soeiro(1);Rodrigo Moraes(1);Francisco Ferreira da Silva(1)
(1) Hospital Lusíadas Amadora

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A pielonefrite enfisematosa é uma entidade clínica rara, caracterizada pela infeção necrotizante grave do parênquima renal, com necrose extensa tecidual e formação de gás dentro e ao redor do rim e elevada taxa de mortalidade sob tratamento médico agressivo ou cirúrgico.
Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 55 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial medicada de forma irregular, admitida no Serviço de Urgência por dor abdominal difusa e vómitos não quantificados, com 15 dias de evolução.
À observação destacava-se a astenia, icterícia, aumento de volume do abdómen, sem dor à palpação superficial ou profunda em todos os quadrantes, sem organomegálias palpáveis ou Murphy vesicular ou renal. O estudo complementar revelou elevação de parâmetros inflamatórios, padrão de colestase, lesão renal e acidose metabólica, hiponatremia e anemia normocítica e normocrómica. Na radiografia torácica evidenciava-se a elevação da hemicúpula diafragmática direita e a tomografia computorizada mostrou a presença de rim direito globoso, com diâmetro bipolar de 16mm, heterogéneo, ar intraparenquimatoso e lesão coletada retro-peritoneal também com presença de gás no seu interior, com extensão à cavidade pélvica lateralizada à direita com extensão de cerca de 18cm.
Confirmado o diagnóstico de pielonefrite gangrenosa e icterícia obstrutiva por compressão pela nefromegália. Iniciou antibioterapia empírica endovenosa após colheita de exames culturais e foi proposta para nefrectomia após avaliação por Urologia.
A importância desde caso clínico prende-se com a raridade do diagnóstico de pielonefrite enfisematosa (pouco mais de 100 casos descritos na literatura) com elevada taxa de mortalidade que atinge 80% dos casos, a despeito do tratamento médico ou cirúrgico, além da incomum apresentação com quadro de icterícia obstrutiva associada.

PA n.º 1184

Uma rara complicação da sinusite

Rosário Eça(1);Rita Francisco(2);Armando Graça(2);Miguel Duarte Nunes(3);Francisco Rebelo(2)
(1) MEDICINA 1 - CHLC - HOSPITAL DE S. JOSÉ (2) Hospital de São José (3) MEDICINA II - CHLC - HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
A sinusite é uma patologia comum e habitualmente autolimitada. Raramente, por disseminação direta de microorganismos, pode cursar com complicações supurativas intracranianas, sobretudo em pacientes jovens.1,2 O empiema subdural é uma emergência neurocirúrgica, com elevada morbi-mortabilidade, de instalação sub-aguda, tendo a TC ou a RMN um papel diagnóstico preponderante. A drenagem cirúrgica associada a antibioterapia constituem medidas essenciais no tratamento, devendo ser instituídas o mais precocemente possível.2,3
Caso Clínico
Doente de 20 anos do sexo masculino, com antecedentes de sinusopatia recorrente, deu entrada no serviço de urgência por cefaleia, foto e fonofobia, associados a discurso incoerente. Ao exame neurológico apresentava um Score de Coma de Glasgow 10, hemiparesia direita e afasia de expressão. Realizou TC crânio-encefálica, significativa para coleções extra-axiais subdurais fronto-parietal e fronto-basal esquerda, e punção lombar compatível com meningite bacteriana, mas sem isolamento de agente. Por agravamento clínico, realizou RM que revelou agravamento do empiema subdural com desvio da linha média. Assumindo-se um diagnóstico de empiema complicado com meningite, com provável ponto de partida em sinusopatia, procedeu-se à drenagem dos seios peri-nasais e craniectomia descompressiva urgente, com isolamento de Streptococcus intermedius. Ao longo do internamento por agravamento processo infecioso com invasão óssea e seio frontal (osteomielite frontal) houve necessidade de re-intervenção cirúrgica tendo o doente mantido afasia.
Discussão
O empiema subdural é uma complicação das rinossinusites com elevada morbi-mortalidade, que, apesar de rara, deverá ser considerada em pacientes com história de sinusite e sintomas neurológicos de novo. O diagnóstico e tratamento médico-cirúrgico precoce são essenciais para a prevenção de sequelas neurológicas potencialmente graves.

PA n.º 1191

Mieloma múltiplo não secretor: entidade a considerar no diagnóstico diferencial de lesões líticas

Maria Margarida Rosado(1);Joana Moutinho(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Manuela Brochado(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é a segunda causa mais comum de neoplasia hematológica, sendo a sua variante não secretora uma entidade rara que constitui um desafio diagnóstico.
Caso clínico: Mulher, 52 anos, em contexto de fratura de D11 submetida a vertebroplastia, recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia com 1 semana de evolução, intensidade 10/10 e irradiação para os membros inferiores. Realizou Tomografia Computorizada da coluna, com evidência de lesões osteolíticas dispersas. Analiticamente sem anemia, lesão renal aguda ou hipercalcemia, eletroforese de proteínas com hipogamaglobulinemia, imunofixação sérica e urinária negativas, mas elevação do rácio cadeias leves livres Kappa/Lambda e da Beta2-microglobulina. Realizou mielograma, com 11% de plasmócitos clonais, confirmando o diagnóstico de MM não secretor.
Discussão: O MM é uma entidade a considerar no diagnóstico diferencial das lesões osteolíticas e a sua apresentação típica inclui, também, a presença de anemia, lesão renal e hipercalcemia. O diagnóstico é confirmado pela presença de ≥10% de plasmócitos clonais na medula óssea, mas quase todos os doentes apresentam um componente de proteína M, que é secretada pelos plasmócitos clonais, constituída por cadeias leves e/ou pesadas de Imunoglobulina (Ig), e que pode ser detetado através da imunofixação sérica e/ou urinária.
Uma pequena percentagem de MM, correspondente a 3% dos casos, é funcionalmente não secretor, isto é, não apresenta uma Ig monoclonal detetável na eletroforese de proteínas, como no caso apresentado. A elevação do rácio de cadeias leves livres séricas aumentou a suspeita diagnóstica e o mielograma confirmou a presença de MM como causa das lesões ósseas.
Apesar do tratamento do MM não secretor ser semelhante ao do MM clássico, a monitorização da resposta ao tratamento depende da reavaliação imagiológica e da medula óssea, dado os parâmetros séricos não estarem alterados.

PA n.º 1206

Quisto Hidático: um diagnóstico diferencial importante nas lesões nodulares hepáticas

Adriana Henriques(1);Ana Rita Ramalho(1);João Venda(1);Jandira Lima(1);Rui Santos(1);Lélita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A Equinococose é uma zoonose parasitária causada por um céstode do género Echinococcus. É uma doença com impacto na saúde pública global. O homem é o hospedeiro intermediário e a transmissão é fecal-oral. As manifestações clínicas são variadas pois depende dos órgãos envolvidos.
Caso clínico: Homem, 61 anos, romeno, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por alteração do estado de consciência, tremores generalizados, perda de controlo de esfíncteres, dor abdominal, vómitos e diarreia com início no próprio dia. No SU apresentava-se desorientado, febril (39ºC), hipotenso, taquicárdico e com dor à palpação profunda no hipocôndrio direito, sem outras alterações ao exame físico. Nas análises apresentava aumento ligeiro dos parâmetros inflamatórios. Ecografia abdominal revelou formação nodular complexa, com áreas quísticas centrada ao segmento IV com 78mm de maior diâmetro. Para melhor caracterização realizou tomografia (TC) abdominal e pélvica onde se visualizou uma lesão nodular multisseptada, com calcificações parietais e com irregularidade da parede lateral, parecendo comunicar com uma coleção adjacente em relação com provável perfuração contida. Nesse contexto ficou internado e, para confirmação diagnóstica, realizou ressonância magnética que identificou um quisto hidático hepático no segmento IV, com hidátides vesiculares filhas, de dimensões e maturidade variável e com sinais de rutura do pericisto. Após o diagnóstico de quisto hidático complicado com rutura iniciou tratamento com Albendazol e foi, posteriormente, orientado para consulta de Cirurgia dado o elevado risco cirúrgico no momento do diagnóstico. Desde a alta, tem tido evolução desfavorável com múltiplas vindas ao SU por complicações, nomeadamente pancreatite aguda e colangite.
Discussão: O fígado está crucialmente envolvido em infeções por parasitas mas o crescimento lento e insidioso do quisto dificulta o seu reconhecimento atempado, permitindo a progressão para complicações.

PA n.º 1207

ADENOPATIAS PERIFÉRICAS ISOLADAS – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisco Barreto(1);Sofia Nóbrega(2);Carolina Henriques(2);Carolina Carvalhinha(2);Rui Fernandes(2);Rafael Freitas(2)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A abordagem de adenopatias periféricas sem causa evidente mantém-se um grande desafio diagnóstico pela pluralidade de etiologias associadas, que podem ser de causa infeciosa, endocrinológica, iatrogénica, neoplásica, entre outros. A anamnese e um exame objetivo dirigido são cruciais no diagnóstico diferencial destes doentes, promovendo a utilização criteriosa de meios complementares de diagnóstico.
CASO CLÍNICO
Homem, 59 anos. Tem antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 não insulinotratada. Recorre à urgência por quadro com 5 dias de tumefação inguinal esquerda dolorosa sem outros sintomas. Refere adopção recente de gato não desparasitado. Objetivamente com palpação de adenopatias móveis, < 1 cm, moles, na região inguinal esquerda dolorosas. Do estudo a destacar: GPT 75.5 U/L, GOT 45.6 U/L, GGT 100 U/L, LDH 236 U/L, Ferritina 1600 ng/mL, PCR 30 mg/L. Serologias IgM CMV positivo, EBV, vírus da parotidite, enterovirus, parvovirus B19, Borrelia burgdorferi negativos. HIV e hepatites A,B e C e VDRL negativos. Tomografia computorizada abdominopélvica com “Importante densificação da região anterior e inguinal esquerda ao nível da raiz da coxa com a presença de duas formações ganglionares, uma delas necrotizada”. Realizou biópsia excisional de um dos gânglios que revelou linfadenite granulomatosa necrotizante. Por suspeita de doença da arranhadela do gato, iniciou azitromicina. Teve alta para a consulta externa, cumprindo os 14 dias de antibiótico prescrito, com posterior objetivação de IgG positiva para Bartonella, quatro semanas após o tratamento.
CONCLUSÃO
Os autores enfatizam a importância de uma anamnese minuciosa no diagnóstico diferencial de adenopatias periféricas. A Bartonelose é uma zoonose causada pela Bartonella henselae, que ocorre geralmente após a mordedura ou arranhadela do gato. Manifesta-se comumente por lesões cutâneas e febre seguidas de linfadenopatias regionais. Como tal, alerta-se para apresentações atípicas de bartonelose de forma a optimizar a sua suspeição diagnóstica.

PA n.º 1211

Quando o diagnóstico depende da histologia

Ana Filipa Martins(1);Rita Matos Sousa(1);Mónica Dias(1);Joana Morais(1);Maria João Regadas(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: A neoplasia gástrica é uma patologia que apresenta uma incidência em Portugal bastante superior à Europeia. A apresentação mais comum é dor abdominal associada a diminuição de peso, a suspeição do diagnóstico surge pelos resultados endoscópicos, sendo necessário histologia para a sua confirmação.
Caso Clínico: Homem de 59 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e patologia depressiva, dirige-se ao serviço de urgência por quadro de náuseas e vómitos com dez dias de evolução, associado a astenia, anorexia e perda ponderal de sete quilos nas últimas duas semanas. Do estudo analítico realizado a destacar uma bicitopenia, anemia e trombocitopenia, e serologias víricas negativas. Realizou TC-Abdomino pélvico que revelou alterações difusas em vários componentes ósseos, sugestivo de doença hematopoiética de natureza indeterminada e esplenomegalia. Perante estes achados, o doente fica internado aos cuidados da medicina interna, sendo os principais diagnósticos diferenciais doença hematológica/ síndrome paraneoplásica. Assim, realiza um estudo analítico alargado com eletroforese de proteínas, radiografia do esqueleto, TC tórax e endoscopia digestiva alta (EDA). A EDA revelou ulceração da mucosa no corpo gástrico, com análise histológica de adenocarcinoma mal diferenciado com padrão de células pouco coesas. Durante o internamento o doente realizou várias unidades de glóbulos rubros atingindo estabilidade no valor de hemoglobina e foi encaminhado para consulta de oncologia.
Discussão: Com este caso clínico pretendemos ressalvar a apresentação atípica do adenocarcinoma gástrico com bicitopenia e a importância da confirmação histopatológica para o diagnóstico neoplásico. Tal como no caso apresentado, nem sempre a clínica e primeiros achados analíticos ou imagiológicos apontam para o diagnóstico da neoplasia primária.

PA n.º 1218

Co-infecção por Pneumocystis jirovecii em doente HIV negativo com tuberculose pulmonar

Margarida Paixão-Ferreira(1);Vera Cesário(1);José Vaz(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A pneumonia por Pneumocystis jirovecii é uma infecção grave que ocorre habitualmente em doentes imunossuprimidos. A sua ocorrência em simultâneo com tuberculose pulmonar é raramente descrita em doentes HIV negativo.
Caso Clínico: Homem de 29 anos, senegalês, trabalhador rural em Portugal há cerca de 6 meses, que recorreu ao SU por queixas de febre e tosse persistente, associada a dor torácica pleurítica, com várias semanas de evolução. Apresentava-se eupneico e com SpO2 95% em ar ambiente e sem alterações de relevo à auscultação. Analiticamente com VS elevada, hiponatremia ligeira e PCR 8mg/dL. RT PCR SARS-CoV-2 negativo e HIV negativo. Radiografia de tórax com imagem sugestiva de condensação no apex do pulmão direito, tendo posteriormente realizado TC que corroborou a presença de cavitação e disseminação broncogénica. Foi internado em isolamento respiratório e realizou colheita de expectoração com BAAR +++. Iniciou HRZE, sem alteração de relevo da bioquímica hepática nas semanas subsequentes. Após 3 semanas de anti-bacilares, mantinha febre periodicamente, sem insuficiência respiratória e sem qualquer outro foco infeccioso idnetificável. O teste de resistência aos anti-bacilares foi negativo. Realizada broncofibroscopia, onde se identificou no lavado bronco-alveolar a presença de PCR positivo para Mycobacterium tuberculosis e Pneumocystis jirovecci. Iniciou terapêutica com trimetoprim-sulfametoxazol, com apirexia após as primeiras 48h de terapêutica. Cumpriu os 21 dias preconizados, sem recorrência de febre.
Discussão: A co-infecção Mycobacterium tuberculosis e Pneumocystis jirovecii é rara em doentes sem infecção por HIV, sendo ainda mais rara a sua identificação em doentes sem qualquer outro factor de imunossupressão identificável, como neste caso. A hipótese da linfocitopenia induzida pela tuberculose ser uma explicação para imunossupressão e maior susceptibilidade a infecção por Pneumocystis jirovecii já foi descrita em alguns casos, sendo reconhecida a influência da tuberculose na down regulation da resposta imune Th1.

PA n.º 1230

Delirium induzido por carbapemos: um caso clínico

Mariana Lopes Matos(1);Maria Helena Rocha(1);Ana Neves(1);Rita Gouveia(1);Susana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O delirium é um sintoma comum nos doentes hospitalizados. A sua associação com fármacos, nomeadamente com antibióticos, encontra-se descrita. Os carbapenemos são antibióticos de largo espectro e o seu uso tem aumentado devido ao aparecimento de bactérias multirresistentes. Vários estudos têm sido publicados acerca da neurotoxicidade associada aos carbapenemos.
Caso Clínico: Um doente do sexo masculino, com 85 anos, dá entrada no Serviço de Urgência por febre. Os antecedentes pessoais de relevo são: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, e doença renal crónica estadio IIIa. Do estudo analítico realizado destaca-se elevação dos parâmetros de inflamação, agravamento da função renal e leucocitúria marcada. Tendo em conta isolamento prévio de Klebsiella oxytoca, não tratada, foi iniciada antibioterapia com ertapenem (500mg intravenoso por dia). A urocultura colhida na admissão confirma o isolamento previamente descrito. Apesar da inicial boa evolução clínica, ao 9º dia de internamento o doente inicia quadro de alteração do comportamento, com alucinações visuais e desorientação temporo-espacial. Nesta data o estudo analítico encontrava-se sem alterações de relevo. Realizou Tomografia Computorizada Cerebral e punção lombar que não mostraram alterações que justificassem o quadro. O doente não realizou EEG, dada ausência de marcação. Excluídas outras causas de alterações neurológicas, pela suspeita de encefalopatia associada a carbapenemos e pela negatividade da urocultura colhida no 8º dia, a antibioterapia foi suspensa e o doente recuperou para o seu estado habitual ao fim de 10 dias.
Discussão: Este caso pretende destacar uma causa importante de alterações neurológicas associadas a antibioterapia, nomeadamente em doentes com fatores de risco como a presença de doença renal crónica e a idade avançada. É assim importante suspeitar desta associação quando foram excluídas outras causas de encefalopatia, e suspender o antibiótico se possível.

PA n.º 1231

Inibidores da bomba de protões em enfermaria de Medicina Interna: implementação de protocolo

Diana Dias(1);Luís Fernandes(1);Micaela Manuel(1);Catarina Faísca(1);Heloísa Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: Na enfermaria de Medicina Interna a utilização dos Inibidores da Bomba de Protões (IBP) como profilaxia é controversa e acarreta custos e iatrogenia. Em 2013, Herzig et al. publicou um score de risco de HGI adaptado a doentes não críticos, identificando os principais fatores de risco para HGI com base em cerca de 75000 internamentos.
Objetivo: Analisar a implementação de protocolo de prescrição de IBP profilático assente na aplicação do score de Herzig. Avaliar a prescrição preferencial de IBP por via oral e a correta descontinuação na alta.
Material e métodos: Estudo prospetivo realizado nos meses dezembro 2021-abril 2022 incidindo sobre análise de 30 processos aleatórios/mês quanto a variáveis demográficas, prescrição de IBP (no 1º dia de internamento), aplicação do score de Herzig (indicação para prescrição se score ≥10) e prescrição à data de alta. Foi iniciado após auditoria piloto (novembro 2021) e criação de protocolo interno com formação aos médicos do serviço. A colheita de dados foi realizada com recurso ao processo informático e a análise estatística efetuado com SPSS. 25.
Resultados: Incluídos 150 processos, correspondentes a 54.7% (n=82) doentes do sexo feminino, com idade mediana 78 anos [AIQ 23]. Foi prescrito IBP com intuito terapêutico a 4,7% (n=7) e profilático a 86,7% (n=130) dos doentes. Dos doentes com IBP profilático 79,2% (n=103) não tinham indicação para prescrição de acordo com o score, enquanto 5% (n=1) dos doentes sem profilaxia instituída pontuavam para a sua introdução. Em 55,4% (n=72) dos casos, a prescrição de IBP profilático no primeiro dia de internamento foi por via endovenosa, embora em 83.3%(n=60) sem registo de via oral patente. Dos 37 que mantiveram IBP na alta, 2.4% (n=3) doentes mantiveram IBP sem indicação formal terapêutica. Não houve registo de HGI durante o internamento.
Não houve diferença na idade e sexo de doentes entre auditoria e estudo piloto. Verificou-se maior prescrição de profilaxia na auditoria (86,7% vs 63,3%, p=0.002) com pior adequação ao score de Herzig (28,7% vs 93,3%, p<0.001). Não houve diferenças quanto ao uso de via oral vs endovenosa (p=0.222). Observou-se redução do número de doentes com prescrição inapropriada à data de alta (2% vs 13,3%, p=0.016). Estes são dados preliminares.
Conclusões: A prescrição de IBP em enfermaria de doente não crítico carece de indicações bem estabelecidas, pelo que a utilização de ferramentas como o score de Herzig, já validado em outras amostras de doentes não críticos, pode auxiliar o internista na decisão de instituição de IBP profilático, de modo a minimizar custos e iatrogenia. Além da adequabilidade da prescrição, a preferência pela via oral e a adequabilidade de desprescrição à alta são aspetos que devem entrar na rotina clínica. A criação deste tipo de protocolo permite quebrar rotinas de prescrição de IBP em doentes sem indicação formal, principalmente à data de alta, contudo será necessário rever estratégia de implementação de modo a facilitar a sua aplicação.

PA n.º 1232

Delirium induzido por carbapenemos: uma revisão sistemática.

Mariana Lopes Matos(1);Rafael Vieira(1);João Rocha(1);Rita Gouveia(1);Susana Ferreira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O delirium é um sintoma comum nos doentes hospitalizados, com um impacto significativo. A sua associação com fármacos encontra-se descrita, e os antibióticos não são exceção. Os carbapenemos são antibióticos de largo espectro e o seu uso tem aumentado devido ao aparecimento de bactérias multirresistentes. Vários estudos têm sido publicados acerca da neurotoxicidade associada aos carbapenemos.
Objetivo: O principal objetivo deste artigo foi a revisão dos efeitos secundários neurotóxicos não epiléticos dos carbapenemos.
Material e métodos: Nesse sentido foi realizada uma revisão sistemática de todos os casos publicados até 11 de maio de 2021 sobre este tópico.
Resultados: Foram incluídos 43 casos de encefalopatia associada a carbapenemos, maioritariamente ertapnem (86%). Dos casos analisados, 63,6% são doentes do sexo masculino, e a idade média foi de 71.2 ± 12.3 anos. O tempo médio até ao desenvolvimento de sintomas foi 5 dias após início de terapêutica, com um tempo médio de resolução de sintomas de 3 dias após a sua suspensão. Tem sido descrito um maior risco de neurotoxicidade nos doentes com doença renal crónica, este estudo mostrou que 72,9% dos doentes apresentavam um TGF < 60 mL/min/1.73m2. Nos doentes com doença renal crónica estadio IV ou V, 63,6% apresentaram neurotoxicidade apesar do ajuste da dose. Outro fator de risco é a presença de hipoalbuminemia, que estava presente em 90,4% dos doentes.
Conclusões: Assim, este trabalho pretende descrever, que os carbapenemos, especialmente o ertapnem, podem induzir encefalopatia, especialmente em doentes com doença renal cronica, hipoalbuminemia, e que estes efeitos adversos não são evitados pelo ajuste da dose de ertapnem à função renal. Contudo estes resultados, encontram-se limitados pela utilização de casos clínicos como principal base para o estudo, devendo ser posteriormente estudados em ensaios clínicos.

PA n.º 1237

Status pós-Covid: Comparação da população internada após Covid-19 na 3ª e 5ª vaga da pandemia

Mafalda Leal(1);Íris Galvão(1);Felisbela Gomes(1);João Silva(1);Beatriz Sampaio(1);Rita Cunha(1);Diogo Ferreira da Silva(1);Ana Sofia Domingos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Outro

Introdução: Com o sucesso da campanha de vacinação contra a Covid-19 em Portugal, com 98% da população elegível vacinada com o esquema primário, esperava-se uma diminuição significativa do número e gravidade dos casos de Covid-19. No entanto, com o surgimento da variante Delta, e mais tarde da variante Ómicron, associado à diminuição da eficácia da vacina com o tempo passado desde a administração, observou-se um aumento das infecções de SARS-CoV-2 na população vacinada, com consequente aumento dos internamentos por este motivo. Torna-se então importante compreender quais as características e as principais diferenças da população internada antes e após a vacinação generalizada.
Objetivo: Comparação da população com necessidade de internamento durante a 3ª e a 5ª vaga da pandemia em Portugal, com especial ênfase no impacto da vacinação no 2º grupo de doentes internados.
Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados numa enfermaria de Medicina Interna, transferidos de enfermarias Covid após critérios de cura nos meses de Dezembro de 2020 a Fevereiro de 2021, e de Dezembro de 2021 a Fevereiro de 2022, correspondentes à 3ª e 5ª vaga da pandemia de Covid-19, de acordo com a DGS. Foram incluídos 29 doentes de 2020-21 (grupo 1) e 40 doentes de 2021-22 (grupo 2). Os parâmetros analisados foram os seguintes: Género, idade; nº de dias de internamento; co-morbilidades; gravidade ,estimada pela existência ou não de complicações, necessidade de internamento em UCI, necessidade de OLD em ambulatório e referenciação a RNCCI e mortalidade intra-hospitalar. A análise estatística foi realizada através do software SPSS®.
Resultados: A mediana de idade dos doentes internados foi de 75 anos no grupo 1 e 80 anos no grupo 2, verificando-se predominância do sexo masculino em ambos os grupos (55% e 53%, respectivamente). A mediana de dias de internamento foi de 6 dias no grupo 1 e 7.5 dias no grupo 2. Quanto à existência de complicações verificou-se que ocorreram em 34.5% no grupo 1 e 28.9% no grupo 2, sendo que das complicações pré-definidas (sobreinfecção bacteriana, pneumonia organizativa e miopatia) a mais prevalente em ambos os grupos foi a sobreinfecção bacteriana (28% e 22%, respectivamente). No que respeita a necessidade de internamento em UCI verificou-se que a mesma ocorreu em 24% dos doentes do grupo 1 e 8% dos doentes do grupo 2 (p=0,088, IC=95%).Também relativamente à necessidade de referenciação em RNCCI salienta-se que ocorreu em 27.6% dos doentes do grupo 1 e apenas 15.8% dos doentes do grupo 2, (p=0.364). No que diz respeito à necessidade de OLD não houve diferenças entre os dois grupos.
Por último, a mortalidade foi significativamente superior no grupo 1 (28% vs 3%, p= 0.037 e IC=95%).
Conclusão: Conclui-se que o grupo não vacinado apresentava uma idade média inferior ao grupo vacinado, e que a vacinação generalizada conduziu a uma redução da doença grave, hospitalização e morte por Covid-19.

PA n.º 1247

Arterite de Takayasu - 2 diferentes apresentações

Ana Sofia Reis(1);Marta Barbedo(1);Fátima Sofia Silva(1);Catarina Antunes Salvado(1);Rui Salvador(1);Francisca Carmo(1);Mariana Baptista(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A arterite de Takayasu é uma vasculite de grandes vasos rara, mas cujo diagnóstico atempado é essencial, não só para controlo de sintomas, mas sobretudo para reduzir o risco de complicações.
Primeiro caso: homem, 63 anos, seguido na consulta de Cirurgia Vascular por doença arterial periférica e aneurisma da aorta abdominal, que foi encaminhado para a consulta de Medicina Interna por fibrose retroperitoneal. Do estudo realizado, velocidade de sedimentação aumentada e PET compatível com Arterite de Takayasu. Iniciou metotrexato 15mg/semana e prednisolona 1mg/kg/dia com resolução quase completa da fibrose retroperitoneal. Apesar da redução progressiva de corticóide em 3 meses desenvolveu diabetes secundária à corticoterapia e necrose avascular da cabeça do fémur.
Segundo caso: mulher, 67 anos, com antecedentes de AVC criptogénico, seguida na consulta de Medicina Interna por Hipertensão arterial secundária a estenose da artéria renal direita. Por dispneia para esforços realizou Ecocardiograma e TC-tórax que revelaram aneurisma da aorta ascendente e insuficiência aórtica moderada, tendo sido submetida a cirurgia com biópsia da aorta. A histologia foi compatível com arterite inflamatória. Realizou PET e angio-RMN compatíveis com arterite de Takayasu a condicionar a estenose da artéria renal conhecida. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia com boa resposta, conseguindo desmame progressivo durante um ano e com redução significativa da intensidade de captação nos controlos imagiológicos.
Assim, a arterite de Takayasu é uma doença rara e com um vasto leque de manifestações, cujo diagnóstico exige um elevado grau de suspeição. Apesar de ser mais comum em mulheres jovens, tal não é linear, podendo surgir em idades mais tardias e homens, como evidenciado. Por vezes o diagnóstico é tardio e já na presença de lesões irreversíveis apenas tratáveis cirurgicamente. O diagnóstico e tratamento imunossupressor atempado incorre numa menor morbilidade.

PA n.º 1254
Quando o raro não é o culpado
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Gonçalo rm Ferreira(1);João Miguel Santos(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução: Doença de Danon é uma doença rara dominante ligada ao cromossoma X secundária deficiência lisossomal da membrana de proteína tipo 2. Deste modo o sexo masculino é afetado de modo mais severo. Manifesta-se por alterações do músculo cardíaco e esquelético, alterações psiquiátricas e oftalmológicas.
Caso clínico: Doente do sexo feminino de 31 anos trazida ao serviço de urgência após ativação da VMER por dez choques consecutivos de cardiodesfibrilhador implantado (CDI), com início nessa manhã. Nega atividade física vigorosa ou stress emocional. Como antecedentes de relevo realçar cardiomiopatia dilatada secundária a doença de Danon, portadora de cardiodisfibrilhador de dupla câmara, Wollf- Parkinson-White e hipocoagulação com anticoagulante oral direto (DOAC). À admissão revela toracalgia na região do CDI de intensidade ligeira a moderada e nega síncope, lipotímia, tonturas e palpitações. Iniciou perfusão de amiodarona no pré-hospitalar e à admissão estava hipotensa e taquicardica com frequências cardíacas 150-180 bpm. Auscultação cardíaca irregular e sem sopros. Interrogado CDI que demonstrou choques por episódios de fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida. Estudo analítico que não demonstrou anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios, alterações do ionograma, função renal ou tiroideia. Sem insuficiência respiratória, sem intoxicação alcoólica e sem consumo de drogas.
Discussão: Após colheita cuidada de anamenese foi identificada introdução de anticontraceptivo oral progestativo, nas duas semanas prévias pela sua Ginecologista assistente. Após exclusão de todas as causas foi levantada a suspeita de descompensação cardíaca secundária a introdução de anticontraceptivo oral. Após conversão a ritmo sinusal foi aumentado o limiar de deteção de taquicardia ventricular/ fibrilhação ventricular para os 230 batimentos por minuto. Será convocada para realização de estudo eletrofisiológico em ambulatório.

PA n.º 1259
O segredo da supra-renal
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1);João Olivério(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Estudo de febre sem foco é uma das entidades mais desafiadoras na atividade clínica de um internista.
Caso clinico: Doente do sexo masculino de 84 anos internado por quadro de febre e desorientação. Inicialmente interpretado como pielonefrite e medicado empiricamente com ceftriaxone. Por manutenção de febre e elevação de parâmetros inflamatórios foi escalada antibioterapia para Piperacilina/ tazobactam. Por história de consumo de água de poço não tratada e contacto no campo com animais foi associado doxiciciclina. Múltiplas serologias, painéis víricos e punção lombar sem alterações de relevo. Hemoculturas e uroculturas inocentes. Sem resposta clínica à terapêutica efetuada. Durante o internamento desenvolveu quadro de insuficiência respiratória e insuficiência supra-renal primária (cortisol normal, DHEA baixa e ACTH elevada). Prosseguido o estudo pela seguinte ordem cronológica, realizada TC toraco-abdomino-pélvica que demonstrou adenomegalias mediastínicas, associadas a derrame pleural bilateral pouco volumoso, cápsula da supra-renal direita com dimensões aumentadas associada a duas imagens nodulares hipodensas com 26 e 27 mm e na supra-renal esquerda um nódulo de 15mm. Toracocentese diagnóstica com critérios de transudado, ADA ligeiramente elevado e pesquisa de células neoplásicas negativas. PET com captação aumentada no lobo pulmonar médio direito e em formação nodular da supra-renal direita. Em angio-TC do tórax observado padrão miliar bilateral do parênquima pulmonar. Detetado em lavado broncoalveolar DNA de micobácteria (dose baixa), BAAR negativo e cultural positivo. Realizou-se biópsia da supra-renal direita que identificou BK.
Discussão: Diagnóstico de tuberculose miliar e supra-renal. Por insuficiência supra-renal manteve terapêutica durante o internamento com dexametasona e anti-bacilares.

PA n.º 1279

Sarcoidose com afeção pericárdica: o desafio diagnóstico e terapêutico de uma apresentação rara

Inês Pereira de Miranda(1);Ana Carolina Monteiro(1);Ricardo j. Aveiro Nunes(1);Inês Nunes da Silva(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças raras

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia desconhecida com apresentação mais comum dos 25 aos 60 anos e tem uma variedade de manifestações clínicas. O envolvimento cardíaco sintomático ocorre em 5% dos doentes, sendo que o envolvimento pericárdico é raro. O seu diagnóstico prende-se com a apresentação clínica, histológica e imagiológica compatível e a exclusão de outras doenças com apresentações semelhantes.
Caso clínico: Homem, 53 anos, caucasiano, recorre ao serviço de urgência por febre, cansaço, dispneia, ortopneia, dor torácica e perda não intencional de 7 kg em 3 meses. Da investigação etiológica destaca-se ecocardiograma com função sistólica mantida e derrame pericárdico moderado. Analiticamente com velocidade de sedimentação de 64 mm/h, ferritina de 2209 ng/mL, IGRA negativo. Fez TC tóraco-abdómino-pélvica com adenopatias supraclaviculares, paratraqueais, hilares, mediastínicas e broncofibroscopia com EBUS com biópsias inespecíficas e PCR Mycobacterium tuberculosis negativo. Cumpriu terapêutica com ibuprofeno e colchicina. Um mês depois repetiu ecocardiograma com constrição pericárdica e fração de ejeção de 35% com derrame pleural bilateral. Fez toracocentese, que revelou um transudado e iniciou terapêutica modificadora de prognóstico e diurético. Foi realizada biópsia excisional dos gânglios supraclaviculares com linfadenite granulomatosa, focalmente necrotizante, RM-cardíaca com pericárdio espessado com derrame condicionando fisiologia efusivo-constritiva, TC-tórax com micronódulos bilaterais e espessamento intersticial e PET com expressão metabólica aumentada em derrame pericárdico e gânglios intratorácicos, todos estes em relação com provável sarcoidose. A destacar antecedentes familiares de sarcoidose. Colheram-se hemoculturas em BACTEC e iniciou-se antibacilares e corticoterapia.
Discussão: Existindo uma variedade de apresentações clínicas, o diagnóstico de sarcoidose pode ser desafiante. A história familiar foi um dado importante, dado que se pensa que haja uma resposta imunológica a um antigénio desconhecido em indivíduos geneticamente predispostos. Dada a sobreposição clínica entre a sarcoidose e a tuberculose, não se pôde excluir a segunda, pelo que se optou pela introdução simultânea de antibacilares e corticóides.

PA n.º 1281

Síncope como apresentação de uma doença linfoproliferativa

VANIA RODRIGUES PEREIRA(1);Beatriz Castro Silva(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Marta Sanches(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Inês Branco Carvalho(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Rita Costa Chu(1);Raquel Almeida(1);António Martins Batista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 46 anos, recorreu ao hospital por síncopes de repetição que ocorreram associadas ao esforço físico. Questionada sobre sintomas acompanhantes referia anorexia, sudorese noturna associada a perda de peso durante os últimos 2 meses. Negava perdas hemorrágicas, febre, alterações gastrointestinais ou respiratórias. Apresentava história médica de obesidade, hipotiroidismo e diagnóstico recente de anemia ainda em estudo.
O exame físico não apresentava alterações de relevo. Para excluir embolia pulmonar, realizou uma TC que mostrou linfadenopatias mediastinal, jugulo-carótida e hilar bilateral e artérias pulmonares permeáveis.
Internada ao cuidado da Medicina Interna para investigação adicional de eventual doença linfoproliferativa.
Os achados laboratoriais incluiam défice de ferro, vitamina B12 e ácido fólico; gamapatia policlonal com aumento acentuado de IgE. A imunofixação e a imunofenotipagem sem alterações. Os exames complementares de imagem mostraram apenas linfadenopatias supradiafragmáticas e sem massas.
Devido ao risco cirúrgico a abordagem por punção aspirativa por agulha fina da adenopatia cervical foi preferível, no entanto com resultados limitados.
Durante o internamento desenvolveu hematoquézia, os exames endoscópicos revelaram colite e gastrite com características citológicas de infeção. Iniciou tratamento com metronidazol e ciprofloxacina. Resultados de PCR identificaram citomegalovírus no tecido.
Apresentou agravamento progressivo e evoluiu com insuficiência renal e anasarca com proteinúria nefrótica e hipoalbuminemia. Tratada com corticosteroides e albumina sem melhoria significativa.
Surgiram sintomas disautonomicos, de forma mais evidentemente hipotensão ortostática, condicionando a doente ao leito. A hipótese de amiloidose secundária foi confirmada com coloração com vermelho do Congo da biópsia retal.
A excisão de uma adenopatia mediastinal foi possível e o diagnóstico final de linfoma não Hodgkin do tipo esclerose nodular foi obtido, sendo o paciente transferido para o Serviço de Hematologia.
A apresentação clínica atípica, com rápida evolução das complicações e o grau de disautonomia, bem como a dificuldade em realizar a excisão ganglionar, seja pelo risco cirúrgico ou pela obesidade do paciente, tornou o diagnóstico final um desafio.

PA n.º 1282

Glândula tiroideia e cérebro: um caso de encefalite de Hashimoto

Ana Rita de Oliveira(1);Rita Vilar da Mota(1);Nuno Pardal(1);Marta Batoca Sousa(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Salgueiro(1);Ana Rita Cambão(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Encefalite de Hashimoto(EH), é uma entidade rara, e afeta mais mulheres entre os 50-60anos. As manifestações psiquiátricas, como depressão, psicose e alucinações, ocorrem em 38.5% dos casos. Associa-se a tiroidite autoimune, cursando com elevação dos anticorpos anti-tiroideus, na ausência de outra patologia do sistema nervoso central(SNC).
Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 86 anos, autónoma, sem alterações prévias das funções cognitivas com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, estenose aórtica severa corrigida com colocação de TAVI. Admitida no serviço de urgência por desorientação tempo-espacial, agitação psicomotora e alucinações visuais com 1dia de evolução. Ao exame físico agitada, consciente, não colaborante, com delírio ocupacional e alucinações visuais complexas. Analiticamente a destacar hiponatrémia(Na+112mmol/L). Foram excluídas, através da realização de TC cranioencefálica e punção lombar, lesões traumáticas/isquémicas agudas e infeção do SNC. Apesar da correção da natrémia, manteve a clínica. Do estudo realizado destaca-se eletroencefalograma com “Lentificação da atividade elétrica cerebral(…)” e elevação dos anticorpos anti-peroxidase (58.85IU/mL) e anti-tiroglobulina (87.04IU/mL), com função tiroideia normal. O doseamento de anticorpos anti-neuronais foi negativo. Perante persistência de alterações de comportamento e alucinações, sem causa atribuível, e elevação de títulos de anticorpos anti-tiroideus, considerou-se, como provável, a hipótese diagnóstica de EH. Iniciou esquema de corticoterapia(metilprednisolona 1gEV durante 5 dias, posteriormente alterada para prednisolona em esquema de desmame). Ao 3ºdia de tratamento verificou-se resolução da clínica psicótica e, após suspensão completa, a doente permanece estável do ponto de vista neuropsiquiátrico.
O diagnóstico de EH é difícil e requer uma elevada suspeição clínica. Com este caso, pretende-se alertar para uma causa rara, e tratável, de alteração do comportamento de novo.

PA n.º 1312

Insuficiência supra-renal como apresentação de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

Fábio pé d Arca Barbosa(1);Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Anilda Barros(1);Ana Valadas Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A insuficiência supra-renal (ISR) em doentes infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pode estar associada a diversas etiologias e mecanismos fisiopatológicos, estando estes doentes predispostos a crises adrenérgicas em períodos de maior stress ou doença aguda. A suspeição clínica é essencial para o diagnóstico de ISR e correto tratamento deste subgrupo de doentes.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 39 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Admitida por quadro de confusão mental, alterações cognitivas, bradicardia, hipotensão e hipotermia. Na admissão constataram-se alterações laboratoriais compatíveis com ISR. Da investigação realizada a destacar serologia e pesquisa de VIH1 positiva no líquido cefalorraquidiano positivas e achados radiológicos compatíveis com encefalopatia associada ao VIH. Efetuada investigação etiológica extensa admitindo-se ISR em contexto de adrenalite associada a infeção VIH1. Após o início de terapêutica anti-retroviral, fludrocortisona e hidrocortisona, houve melhoria da sintomatologia e estado clínico.

Discussão: A infeção VIH é uma doença com afeção multissistémica, sendo por vezes difícil o reconhecimento da associação com patologia endocrinológica. A insuficiência primária da supra-renal pode ocorrer tanto em doentes que não têm o diagnóstico prévio de infeção VIH, como em doentes já sob tratamento anti-retroviral, servindo este caso clínico como forma de sensibilizar a comunidade médica para o diagnóstico desta entidade.

PA n.º 1314

Infeção sars-cov2: causa de Anemia Hemolítica Auto-Imune

A.Beatriz Ferreira(1);Joana Basílio Leite(1);Daniela Lourenço(1);Adelina Pereira(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Com início em 2020, a doença covid19 continua a ser fonte de grande investigação. Há casos reportados de anemia hemolítica auto-imune (AHAI) em doentes covid19, porém o seu mecanismo e prevalência permanecem desconhecidos.
Caso Clínico: Homem de 72 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, foi ao serviço de urgência (SU) por episódio de sincope. Sem registo de febre, dispneia, toracalgia ou palpitações. No SU: hemodinamicamente estável, apirético, sem alterações ao exame objetivo. O eletrocardiograma era normal e o angioTAC torácico excluiu tromboembolismo pulmonar. No estudo analítico: marcadores de necrose miocárdica negativos, anemia normocítica normocrómica com hemoglobina (Hgb) de 11,8g/dL e lesão renal aguda (LRA) não oligúrica e creatinina de 3.9mg/dL, com sedimento urinário normal e sem rabdomiólise. Realizou TC abdomino-pélvico que excluiu obstrução renal. Por apresentar acessos de tosse, colheu rastreio sars-cov2 que foi positivo. Durante o internamento apresentou: hiperferritinemia de 8912ng/mL e queda de hgb (mínimo 8.6g/dL) com marcadores de hemólise aumentados (hiperbilirrubinemia à custa da indireta, lactato desidrogenase aumentada (965 U/L), haptoglobina <0.8 e reticulocitose de 2.49%). Esfregaço de sangue periférico com esferócitos, sem esquisócitos e teste de combs direto positivo para IgG. Serologias negativas. Estudo imunológico com VS de 110mm/1h e diminuição de C4. Colocou-se a hipótese de síndrome hemofagocítico (HScore 9-16%) e/ou AHAI. Iniciou dexametasona e colheu CD25 solúvel que estava elevado, mas sem critérios de síndrome hemafagocítico. Foi assumida AHAI. Fez fluidoterapia com normalização da função renal e apresentou hgb estável. Teve alta com esquema de desmame de prednisolona, a reavaliar em consulta externa.
Discussão: A elevada incidência de sars-cov2 na população mundial e a identificação de múltiplas patologias associadas (durante e após), leva a que os autores queiram alertar para a necessidade da sua investigação e orientação.

PA n.º 1317

Uma associação rara numa doença rara

FABIO pe d ARCA BARBOSA(1);Ana a Albuquerque(1);Francisco Vara Luiz(1);Anilda Barros(1);Ana Valada Marques(1);Vanda Spencer(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A encefalite auto-imune é uma doença inflamatória cerebral com múltiplas etiologias. Apesar de classicamente associada a síndromes paraneoplasicos, pode estar presente em doentes sem neoplasia. Apresentamos o caso de uma encefalite auto-imune por anticorpos Anti-Caspr2 associados a adenocarcinoma pulmonar, uma associação incomum, sendo a neoplasia mais comumente associada à presença destes anticorpos, o timoma.

Caso clínico: Homem de 72 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais conhecidos de fatores de risco cardiovascular clássicos. Admitido por quadro de hemicoreia esquerda de predomínio crural, para estudo. Efetuou investigação etiológica extensa com tomografia computorizada e ressonância magnética crânio-encefálicas que evidenciarem sinais de isquemia lacunar talâmica bilateral e atrofia cerebral corticosubcortical parietal bilateral, Eco-doppler vascular e cardíaco, bem como Holter sem alterações. A avaliação analítica em sangue periférico e líquido cefalorraquidiano com estudo de causas infecciosas e auto-imunes do qual se salienta presença de anticorpos anti-Caspr2, conferindo o diagnóstico definitivo de encefalite auto-imune. Da investigação realizada para procura de neoplasia oculta, a referir diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar inaugural, para o qual iniciou tratamento.
Discussão: A ausência de uma etiologia clara para os quadros neurológicos deve sempre motivar investigação extensa atendendo à sobreposição clínica de várias entidades nosológicas. As encefalites auto-imunes, dependendo do tipo de anticorpos presentes, podem ter também apresentações distintas. O seu diagnóstico é essencial uma vez que pode ser a apresentação inicial de uma neoplasia oculta, como no caso apresentado. Apesar de muito raro, o adenocarcinoma pulmonar pode estar associado a anticorpos anti-Caspr2.

PA n.º 1325

Malária Grave – a importância de um diagnóstico e tratamento precoce

Guilherme Jesus(1);Telmo Coelho(1);Catarina Salvado(1);Raquel Barreira(1);Catarina Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Malária é uma zoonose parasitária do sangue provocada por um protozoário do género Plasmodium que se transmite através da picada dos mosquitos do género Anopheles, infetados com o parasita. Dependendo do tipo de plasmodium a infeção pode apresentar uma ampla gama de sintomas, desde síndrome febril paroxístico a choque, com risco de vida.
Homem de 23 anos, previamente saudável, admitido no Serviço de Urgência por mialgias e cefaleias com 1 semana de evolução associado a discurso incoerente e alteração do comportamento de início súbito. Estadia de 6 meses na Costa do Marfim até 3 semanas antes. Cumpriu profilaxia da malária, com mefloquina, apenas nos 2 primeiros meses de viagem. À observação TA 134/74 mmHg, FC 105 bpm, temperatura 38.8ºC, desorientado, sem défices neurológicos focais e sem sinais meníngeos. Analiticamente: trombocitopenia 24x10E3/uL, hiperbilirrubinemia mista (total 5.12 g/dL), aumento transamínases (TGP 75 g/dL), PCR 13 mg/dL e hiperlactacidemia 2.8 mmol/L. Antigénios Plasmodium positivos e parasitémia 1.2/100 eritrócitos. Esfregaço com eritrócitos parasitados com trofozoítos em anel, algumas formas accolé, e alguns eritrócitos multiparasitados – características sugestivas de Plasmodium Falciparum (PF). TAC cranioencefálica sem alterações. Serologia VIH, uro e hemoculturas negativas. Admitido na unidade de cuidados intermédios, iniciou sulfato de quinino e doxiciclina. Realizou punção lombar após recuperação da trombocitopenia (4º dia), não tendo sido identificado Plasmodium no líquor. Durante o internamento cumpriu 3 dias de artesunato endovenoso, 6 tomas de artemeter/lumefantrina e 3 dias de ceftriaxone, com excelente resposta clínica e analítica.
A Malária cerebral é uma das complicações mais severas da Malária por PF. Em doentes não imunodeprimidos surge de forma gradual, com sonolência, confusão, desorientação, delírio ou agitação a preceder coma que também se pode instalar de forma súbita. O LCR é frequentemente normal. Sem tratamento, a mortalidade é próxima de 100%. Com o uso rápido e eficaz de antimaláricos em associação com uma terapêutica de suporte, a mortalidade desce para os 10-20%. Com este caso pretendemos salientar a necessidade de uma atempada suspeita diagnóstica, deteção dos indicadores de mau prognóstico, instituição terapêutica e monitorização adequadas.

PA n.º 1343

Tuberculose gastrointestinal - um diagnóstico difícil

João Lobato da Rosa(1);Fernanda Paixão Duarte(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis (MT), sendo a TB pulmonar a mais frequente. A TB gastrointestinal representa 2,5% dos casos extrapulmonares.Mulher, 43 anos, indiana, recorreu ao serviço de urgência por epigastralgia, com agravamento pós-prandial, vómitos alimentares, perda ponderal (45%), cefaleias e lombalgia com 2 meses de evolução. Todos os quadrantes do abdómen eram dolorosos e palpava-se tumor com 6 cm no flanco direito. Analiticamente, anemia com ferropenia e défice de ácido fólico; velocidade de sedimentação aumentada; IGRA negativo. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica com imagem hipodensa com 22mm diâmetro no cólon direito, área de espessamento circunferencial das paredes, sugestivo de lesão neoformativa e milimétricas adenomegalias lombo-aórticas e pélvicas. A colonoscopia evidenciou lesão vegetante, estenosante, dura e inultrapassável no cólon ascendente. As biópsias foram inconclusivas e a pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes e PCR para MT foram negativos. Repetiu colonoscopia, onde se observou conteúdo purulento, colhido para pesquisa de micobactérias; as biópsias mostraram infiltrado inflamatório e população linfóide de padrão reativo, não se identificaram granulomas nem microrganismos. Optou-se por ressecção ileocecal. Na peça operatória observou-se espessamento da parede intestinal, áreas de necrose e abscessos; a microscopia detectou granulomas epitelióides necrotizantes e células gigantes multinucleadas; pesquisa de microrganismos negativa. Após 3 semanas, o exame cultural em meio de Lowenstein do conteúdo purulento identificou MT. Assumiu-se diagnóstico de TB gastrointestinal e iniciou tuberculostáticos. Pretende-se com a apresentação deste caso clínico realçar a dificuldade no diagnóstico de TB gastrointestinal, por se apresentar de forma inespecífica, sendo necessário um elevado grau de suspeição.

PA n.º 1349

Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva: um diagnóstico diferencial de AVC

Laura Batista(1);Valter Duarte(1);Tiago Valente(1);Gisela Gonçalves(1);Bárbara Paracana(1);Carolina Amado(1);Carla Matias(1);Gorete Jesus(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO
A Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (PML) é uma doença desmielinizante rara e fatal que ocorre como consequência da reactivação do poliomavírus JC (JCV). Estima-se que 86% da população adulta apresente anticorpos contra este vírus, no entanto a sua reactivação ocorre quase exclusivamente em indivíduos imunodeprimidos (por doenças linfoproliferativas, neoplasias de ógãos sólidos, infecção por HIV ou algumas doenças autoimunes). Apresenta-se classicamente como défices neurológicos subagudos e progressivos, que podem incluir alteração do estado de consciência, hemiparésia ou monoparésia, ataxia apendicular ou da marcha, hemianópsia, entre outros.
CASO CLÍNICO
Homem de 82 anos que recorre ao Serviço de Urgências por história de diminuição de força no hemicorpo direito com 3 dias de evolução, acompanhada de alterações da linguagem. Antecedentes pessoais de leucemia linfocítica crónica, tendo cumprido 6 ciclos de quimioterapia. À admissão, apresentava hemiparésia direita de predomínio braquial, afasia de expressão discreta, sem outros défices. Realizou TAC que revelou hipodensidade subcortical parietal esquerda de aspecto recente. O doente foi internado na Unidade de AVC, assumindo-se AVC isquémico parcial da circulação anterior (PACI) esquerdo. No entanto, o doente sofreu agravamento progressivo e rápido dos défices que apresentava: desenvolveu afasia grave, apraxia ideomotora, hemihipostesia, com crescente dependência para as actividades da vida diária. Realizou RM crânio-encefálica, que confirmou a existência de área lesional difusa fronto-paríeto-temporal esquerda, que apesar da sua unilateralidade apresentava características sugestivas de PML. No seguimento destes achados, realizou-se pesquisa de JCV no líquido cefalorraquídeo, que regressou positiva, estabelecendo assim o diagnóstico.
DISCUSSÃO
É importante considerar a PML na presença de défices neurológicos agudos com um agravamento progressivo desde a admissão. Trata-se de uma condição geralmente fatal, com esperança média de vida de cerca de 3 meses após diagnóstico, e que deve ser considerada especialmente em populações imunodeprimidas, como o caso que trazemos. Um reconhecimento precoce desta entidade é importante, especialmente para o ajuste das expectativas da família quanto à evolução do caso.

PA n.º 1350

Nem tudo o que luz é ouro: vendo para além da COVID-19

Sofia Miranda(1);Hugo Miranda(2);Frederico Silva(3);Diogo Oliveira(2);Joana Subtil(2);Elisa Brás(2);Guilherme Assis(2);Filipa Rodrigues(4);Anabela Santos(2);Nelson Barros(2);Francisco Esteves(2)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (3) Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Hospital de Portimão (4) Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade Hospitalar de Bragança

Tema: Doenças cardiovasculares

O derrame pericárdico corresponde a uma acumulação aguda ou crónica de fluído, que em casos extremos pode evoluir para tamponamento cardíaco, podendo ter um desfecho fatal.
Mulher, 43 anos. Antecedentes irrelevantes. Recorre ao SU por dispneia, ortopneia e dor pleurítica com 15 dias de evolução. Analiticamente, a destacar leucocitose e positividade para COVID-19. Ecocardiograma a revelar swimming heart. TAC de toraco-abdomino-pélvico com infiltrados pulmonares dispersos e padrão de linfangite. Admitida inicialmente em Medicina Intensiva com critérios de pré-tamponamento cardíaco de etiologia a esclarecer. Realizada pericardiocentese guiada por TAC, com drenagem de 900cc de líquido acastanhado turvo, com predomínio de polimorfonucleares e LDH 756U/L. Do estudo etiológico, a salientar ANA 1/1280 padrão nucleolar e IgA, C4, CA 125 e CA 15.3 aumentados. Por evolução clínica favorável, tem alta hospitalar em 10 dias com referenciação para consulta com diagnóstico de provável derrame pericárdico de etiologia autoimune/infeccioso. Por astenia e mialgias generalizadas, recorre novamente ao SU 1 semana após a alta. Analitica e gasometricamente, sem alterações de relevo. TAC de tórax com padrão reticulo-nodular e adenopatias mediastino-hilares bilaterais e novo derrame pericárdico. Lavado bronco-alveolar compatível com adenocarcinoma com perfil imunofenotípico compatível com primário do pulmão, sendo referenciada para consulta de Pneumologia Oncológica para estadiamento e definição de plano terapêutico.
O envolvimento pericárdico é uma possível complicação em doentes Covid-19 positivos. Contudo, o derrame pericárdico pode ter várias etiologias, cuja predominância varia com as características demográficas, como a idade, geografia e comorbilidades. Assim, uma pesquisa etiológica extensiva é sempre necessária e fundamental.

PA n.º 1358

Adesão ao regime terapêutico nos doentes crónicos complexos

Fatima Leal-Seabra(1);Alzira Morais(1);António Oliveira(1);Eduarda Almeida(1);Maria João Carvalho(1);Miguel Fontes-Pereira(1);Patrícia Rocha(1);Susana Gonçalves(1);Jorge Martins(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A não adesão terapêutica é um problema que contribui para o agravamento das doenças crónicas e que aumenta os custos em saúde, sendo esta influenciada por factores: sociais, culturais, económicos, relacionados com os serviços e profissionais de saúde, o tratamento e sua complexidade, a doença, as comorbilidades e a pessoa doente. Deste modo, a adesão nos doentes crónicos complexos (DCC) constitui um desafio para os sistemas de saúde, pelo que são fundamentais equipas dedicadas, que integrem os cuidados e que o doente seja a centralidade dos cuidados.
Objectivo: Comparar a adesão ao regime medicamentoso dos DCC acompanhados durante 365 anos por uma equipa dedicada e identificar as 3 principais razões e dificuldades para a não adesão.
Materiais e métodos: Estudo descritivo e comparativo, à data de admissão na Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos (ESDCC) e aos 365 dias de acompanhamento, da adesão terapêutica avaliada pela medida de adesão terapêutica (MAT), do número de doentes sem erros na dose e no horário da toma dos fármacos após a reconciliação terapêutica. Identificação das 3 principais razões e dificuldades para a não adesão terapêutica. Caracterização demográfica, das comorbilidades e polimedicação
Resultados: Foram incluídos 50 doentes com idade mediana de 80 anos (mínimo 54 e máximo 93) e 60,0%(n 30) eram do sexo feminino, 90,0%(n 45) tinha pelo menos 3 das seguintes doenças crónicas: insuficiência cardíaca 84,0%(n 42), diabetes mellitus 64,0%(n 32), doença renal crónica 58,0%(n 29), doença cerebrovascular 42,0%(n 21) doença pulmonar crónica 10,0%(n 5), doença hepática crónica 10,0%(n 5) e neoplasia activa 4,00%(n 2). A mediana de fármacos em curso era de 10 (mínimo 6 e máximo 19). À admissão na ESDCC, 54,0%(n 27) cumpriam 100% dos fármacos prescritos; 20,0%(n 10) sem erros no horário, cuja mediana de erros no horário era de 2(mínimo 0 e máximo 10); 24,0%(n 12) não tinham erros de dose, constando-se que que a mediana de erro de dose era de 1(mínimo 0 e máximo 8). Aos 365 dias registou-se que 82,0%(n 41) cumpriam 100% dos fármacos, que 58,0%(n 29) não tinham erros no horário e que 70,0%(n 35) não tinham erros de dose. O score mediano de adesão pela MAT à admissão de 37(mínimo 21 e máximo 42) e aos 365 dias de 40 (mínimo 28 e máximo 42). As 3 principais dificuldades para a adesão eram em 60,0%(n30) “ter dinheiro para comprar a medicação”, 58,0%(n 29) “cumprir com o horário das tomas” e 52,2%(n 26) “lembrar quando chega a hora”. Quanto às razões apontadas para a não adesão em 48,0%(n 24) o “não gostar de tomar medicamentos”, 40,0%(n 20) “os efeitos secundários do fármaco” e 38,0%(n 19) “tomar muita medicação junta”.
Conclusão: Os DCC melhoram a sua adesão terapêutica ao regime medicamentoso quando acompanhados por equipas dedicadas, que trabalham as dificuldades e as razões para a não adesão, ou seja, cujos cuidados são centrados e personalizados na pessoa

PA n.º 1376

Neurolúpus: Uma Doença De Mil Faces

Sofia Miranda(1);Inês Amarante(1);Daniel Calado(1);Carolina Róias(1);Miriam Cimbron(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O lúpus neuropsiquiátrico pode afectar o sistema nervoso central e periférico. Fisiopatologicamente, a lesão poderá ser causada por processos inflamatórios ou trombóticos.
Mulher de 48 anos. Aos 39 anos, poliartralgias de pequenas e grandes articulações e parestesias do membro inferior direito (MID) com 1 mês de evolução. Por ptose palpebral esquerda e diplopia recorre ao Serviço de Urgência. Parésia no movimento de abdução ocular e força muscular de grau 4 do MID. TAC craniana (CE) com hipodensidades de características vasculíticas/inflamatórias nos núcleos da base, tálamo e corona radiata esquerdos. RM CE com lesões da substância branca periventricular nas mesmas regiões. TAC abdomino-pélvica com enfartes esplénicos. Punção lombar sem alterações. Analiticamente, anemia microcítica, linfopénia, velocidade de sedimentação 69mm/h, gamapatia policlonal, défice de proteína S, consumo do complemento, ANA 1/640 de padrão homogéneo, anticoagulante lúpico e anti-dsDNA e SSA positivos. Iniciou deflazacorte 0.5mg/kg/dia e AAS 100mg/dia, com resolução apenas das alterações motoras. Alta para consulta de Doença Autoimunes. Electromiograma com mononeuropatia múltipla. Ecocardiograma sem alterações. Seis meses depois, hemiplegia direita, afasia e incontinência de esfíncteres. TAC CE com hematoma parenquimatoso frontal esquerdo com rotura intraventricular e hidrocefalia. Realizada trepanação frontal e inicia levetiracetam 500mg/dia e hidroxicloroquina 400mg/dia. À alta, mRankin de 4 com hemiparésia direita. TAC de reavaliação com reabsorção do hematoma e RM com lesões sequelares. Avaliação neuropsicológica com défice mnésico e executivo, a sugerir quadro demencial precoce. Sem novas intercorrências. Agora sob deflazacorte 9mg/dia e HCQ, com força muscular grau 4 no MID.
O caso revela as várias formas de apresentação dos processos trombóticos inerentes ao neurolúpus, sendo possível observar tanto fenómenos de oclusão como hemorrágicos. Este diagnóstico deve ser considerado aquando da avaliação inicial de défices neurológicos de mulheres em idade fértil, pois o atraso na sua identificação pode acarretar importante morbi-mortalidade.

PA n.º 1382

Linfoma de MALT – um diagnóstico incomum com forma de apresentação peculiar

Margarida Mesquita Montes(1);Rita Reis Bragança(1);Mónica Mesquita(1);Paulo Carrola(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT) é um linfoma não-Hodgkin de células B indolente que surge do tecido linfóide, com envolvimento linfonodal muito infrequente ou ausente. É uma entidade incomum, de baixo grau de malignidade e com aparecimento em locais extranodais, como estômago, trato respiratório, glândula salivar, tiroide e anexos orbitários. Os linfomas pulmonares primários são tumores raros, mas o Linfoma de MALT representa cerca de 80% destes linfomas. Os linfomas orbitários primários representam 5-14% de todos os linfomas extranodais, sendo as estruturas comumente envolvidas a conjuntiva, pálpebras, tecido retrobulbar e glândula lacrimal.
Caso clínico: Homem de 64 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial essencial, dislipidemia mista e hiperplasia benigna da próstata. Clínica com cerca de 5 meses de evolução de olho vermelho à esquerda na vertente medial, ptose e proptose do mesmo, de agravamento lento e progressivo. Ao exame objetivo apresentava lesão subconjuntival salmão no quadrante nasal superior do olho esquerdo (OE). Realizou RMN da órbita que evidenciou uma lesão de margens bem definidas, com envolvimento dos espaços extra e intracónicos, mas sem invasão intra-ocular, que retorna hipossinal em T2 e T1, com leve captação homogénea de contraste. A TAC torácica revelou uma densificação pseudonodular no segmento anterior do lobo superior esquerdo. Este nódulo foi biopsado e a histologia evidenciou envolvimento pulmonar por linfoma B extraganglionar da zona marginal do tipo MALT. Realizou PET-FDG que evidenciou alterações hipermetabólicas nesta densificação nodular, sem outras lesões de alto grau metabólico em atividade, nomeadamente no OE.

Discussão e Conclusão: O presente caso expõe uma forma de apresentação rara num tumor já por si pouco comum e alerta para a pertinência do estadiamento exaustivo no Linfoma de MALT, devido ao envolvimento síncrono de múltiplos órgãos.

PA n.º 1384

Derrame pleural: da identificação à causa

Ana Melício(1);Ana Melicio(1);Raquel Baptista(1);Fábia Cerqueira(1);Sara Vasconcelos Teixeira(1);Hélder Rodrigues Gonçalves(1);Mariana Dias(1);Inês Parreira(1);Federica Parlato(1);Tiago Branco(1);Cristiana Mendes(1);Leila Duarte(1);Tiago Marques(1);Sandra Braz(1);João Lopes(1);a. Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

Derrame pleural: da identificação à causa

Introdução: A endometriose define-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, frequentemente ao nível pélvico, mas pode ocorrer extra-pélvica (tórax, abdómen, cérebro, pele).

Caso clínico: Mulher de 29 anos, melanodérmica, com antecedentes de endometriose profunda, estenose mitral devido a febre reumática e com insuficiência cardíaca com fracção de ejecção preservada. Recorreu à urgência por febre, náuseas, vómitos e lombalgia. Referia estar menstruada e episódios de toracalgia e hemoptises durante o cataménio. Ao exame objetivo, febril (38.5ºC) e murmúrio vesicular pulmonar diminuído à direita. Laboratorialmente leucocitose 18300/µL, neutrofilia (90.5%), PCR 32.3 mg/dL e urina II com nitritos e leucócitos. Radiografia de tórax com derrame pleural moderado à direita e ecografia abdominal com rins sem alterações e sem dilatação pielocalicial.

Durante o internamento fez toracocentese com saída de líquido pleural com características de exsudado (critérios de Light) e exame bacteriológico, micológico e micobacteriológico negativos. Doseamento de “Cancer Antigen 125” (CA-125) elevado (865 U/mL). Serologias virais e autoimunidade negativas. IGRA negativo. Sem massas suspeitas de malignidade.

Por pielonefrite iniciou ceftriaxone empiricamente. Após isolamento em urocultura e hemocultura de Escherichia coli reajustou-se antibioterapia (meropenem) que cumpriu 11 dias com evolução favorável.

Teve alta medicada com anticonceptivo oral.

Discussão: O derrame pleural tem múltiplas etiologias, entre as quais a endometriose. A endometriose extra-pélvica tem maioritariamente uma sintomatologia atípica, requerendo um diagnóstico diferencial cuidado. Hemoptises e toracalgia síncronos com a menstruação são sintomas comuns da endometriose torácica (pleural), que a nossa doente referia. Neste caso a elevação do CA-125 no líquido pleural e a história clínica, permitiram o diagnóstico.

PA n.º 1386

Mesenterite esclerosante: um diagnóstico benigno ou maligno?

Joana Carneiro de Moura(1);Samuel Canelas(2);Ana Rua(1);Joana Santos(2)
(1) USF Freamunde (2) USF São Bento

Tema: Doenças raras

Título:Mesenterite esclerosante: um diagnóstico benigno ou maligno?
Introdução:A mesenterite esclerosante caracteriza-se por um aglomerado de tecido fibrótico situado no retroperitoneu, diagnosticado através de sinais patognomónicos traduzidos em tomografia computorizada (TC). Desconhece-se a fisiopatologia, podendo ter origem autoimune, pós-traumática, pós-infeciosa ou paraneoplásica. Assim, este diagnóstico constitui uma verdadeira procura por uma origem, no limite, inexistente, tal como neste caso, em que a investigação extensa não obteve qualquer diagnóstico etiológico.
Caso clínico: Doente de 42 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorre ao médico de família por exacerbação de dor no hipocôndrio direito com um ano de evolução. Associadamente, desde há 6 meses, sintomas de saciedade precoce, diarreia esporádica, perda de peso e hipersudorese noturna inconstante. A ecografia abdominal demonstra adenomegalias abdominais, a TC abdominal revela "(...)massa hipocaptante centrada no mesentério com calcificações relativamente grosseiras com características que sugerem mesenterite esclerosante(...)". A biópsia da massa foi compatível com mesenterite esclerosante, não existindo população linfoide. Excluiu-se, ainda, patologia auto-imune. Com o intuito de excluir tumor carcinoide, realizou endoscopia digestiva alta e baixa, entero-TC e cápsula endoscópica e doseamentos hormonais, todos sem alterações. Melhoria sintomática parcial sob analgesia (tramadol) e antiespasmódico, pondera-se TC de reavaliação.
Discussão: Este tipo de diagnóstico constitui um desafio para os médicos, uma vez que o espetro de etiologia é vasto, desde patologias benignas a malignas. Neste caso clínico, a doente possivelmente mantém sintomas devido ao efeito de massa e ainda que o estudo intenso já realizado não demonstre qualquer diagnóstico, pode ainda existir alguma entidade desconhecida, pelo que esta patologia conduz a um estudo diagnóstico exaustivo e difícil.

PA n.º 1387

COVID-19: causa ou fator de descoberta precoce de tuberculose disseminada?

Joana Carneiro de Moura(1);Luís Queirós(2);Maria João Coelho(1);Luísa Pinho Dias(1);Ana Rua(1)
(1) USF Freamunde (2) USF Hygeia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Título:COVID-19: causa ou fator de descoberta precoce de tuberculose disseminada?
Introdução:A COVID-19 apresenta sintomas iniciais semelhantes aos da Tuberculose, algo que dificulta o diagnóstico diferencial, o que poderá ter conduzido durante a pandemia, ao consequente subdiagnóstico da Tuberculose, com surgimento de casos potencialmente mais graves, como acontece neste caso clínico.
Caso Clínico: Doente 45 anos, sem antecedentes de relevo, com diagnóstico de infeção por SARS-CoV2 em 10/2020 cujos principais sintomas foram: febre, tosse e dispneia. Por persistência dos sintomas supracitados, por mais de 3 meses após infeção, associados a perda ponderal realizou tomografia computorizada (TC) toraco-abdominal que revelou: “derrame pericárdico de médio volume”, “padrão de tipo micronodular difuso pulmonar”, “tiroide com várias formações nodulares com natureza sólida/quística, sugerindo traduzirem prováveis granulomas residuais”(...) “enfarte esplénico,nódulos hipodensos hepatoesplénicos”(...)“adenopatia jugulocarotidea direita 18x8 mm, hipoecóica” e “adenopatia supra-clavicular esquerda 17x9 mm”. Esta última foi biopsada, tendo revelado: “processo necrotizante no contexto de infeção por Mycobacterium tuberculosis”, com biologia molecular a confirmar este resultado. Assim, foi efetuado o diagnóstico de tuberculose disseminada com afeção pulmonar, tiroideia, cervical, esplénica, hepática e pericárdica. O tratamento com esquema convencional de antituberculostáticos decorreu com sucesso.
Discussão: A COVID-19, ao aumentar a suscetibilidade a novas infeções, pode ter predisposto a utente à infeção por Mycobacterium tuberculosis ou pode ter levado à reativação de tuberculose latente. Apesar de existirem alguns indícios de que a COVID-19 possa ter um impacto negativo no curso clínico da tuberculose, culminando em formas graves, mantém-se a necessidade de mais estudos para entender qual o papel que o vírus SARS-CoV-2 possa desempenhar na progressão da tuberculose.

PA n.º 1415

Tamponamento cardíaco, uma primeira manifestação

BEATRIZ CASTRO SOARES MORAIS SILVA(1);Ana Órfão(2);Joana Carvalho(3);Leila Barrocas(4);Mafalda Vasconcelos(1);Rita Marques(5);Miguel Ferreira(1);Carlos Simões Pereira(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (3) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (4) H. Evora (5) CH Oeste- Torres Vedras

Tema: Doenças oncológicas

O derrame pericárdico é uma entidade frequente. Ocorre por diversas causas e pode evoluir para tamponamento cardíaco, o qual é caracterizado pela tríade de Beck (hipotensão, distensão das veias jugulares e hipofonese na auscultação cardíaca). Apresenta-se o caso de uma mulher de 35 anos, melanodérmica, natural do Brasil, autónoma, sem antecedentes pessoais relevantes e sem antecedentes familiares neoplásicos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por cansaço para mínimos esforços com início após treino de CrossFit, associado a dor epigástrica e náuseas. Referência ainda a hipersudorese nocturna com um mês de evolução e rash malar. À admissão, apresentava-se normotensa com rápido agravamento para hipotensão, taquicardia, presença de pulso paradoxal e sons cardíacos diminuídos. O eletrocardiograma apresentava alternância elétrica e gasimetricamente tinha lactatos 2.1 mmol/L. O ecocardiografia transtorácico demonstrava colapso diastólico do ventrículo direito, swiming heart e volumoso derrame pericárdico com compromisso hemodinâmico. Do estudo etiológico destaca-se pesquisa de células neoplásicas positiva no líquido pericárdico. Após alta do internamento, volta ao SU por dispneia, constatando derrame pleural esquerdo de novo, o qual, após drenagem, permitiu visualizar uma imagem suspeita de massa pulmonar. Histologicamente tratava-se de um adenocarcinoma pulmonar estadio IVA, com envolvimento do pericárdio e pleura esquerda. O tamponamento cardíaco é uma emergência médica com elevada mortalidade. A neoplasia é uma das etiologias e, em cerca de 4% dos casos, é a primeira manifestação, sendo as neoplasias mais frequentes a pulmonar, mama e linfoma. A presença de tamponamento cardíaco é um fator preditivo de pior prognóstico no doente com neoplasia.

PA n.º 1422

A propósito de reações adversas tardias

Ana Margarida da Silva Ribeiro(1);Marta Anastácio(1);Margarida Lagarto(1);Pedro Lupi(1);Andreia Salgadinho Machado(1);Francisca Dâmaso(1);João Oliveira(1);Catarina Araújo Faria(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A propósito de reações adversas tardias
Introdução:
Os inibidores de checkpoint imunológico vieram a revolucionar o tratamento oncológico na última década. Atualmente são primeira linha para vários tumores sólidos e hematológicos por apresentarem menos efeitos adversos que a quimioterapia tradicional. São ainda usados off-label como tratamento paliativo. Por se tratar de um agente imunomodulador, um dos potenciais efeitos adversos é o surgimento de doenças auto-imunes. Cerca de 3% das reações adversas são distúrbios hematológicos.

Caso Clínico:
Reportamos o caso clínico de um homem de 74 anos com antecedentes de carcinoma urotelial diagnosticado em 2016 e estadiado como pT1. Em 2019, apresenta recidiva local e invasão ganglionar e da parede da bexiga, iniciando quimioterapia paliativa com Pembrolizumab, com aparecimento de Diabetes Mellitus tipo 1 como reação adversa ao fármaco.
Em Maio de 2022 é encaminhado para o serviço de urgência por anemia grave, astenia e hematúria, ficando internado para estudo da mesma. Destaca-se hemoglobina 5.5 g/dL, leucócitos 24x103/µL, plaquetas 340x103/µL, reticulócitos 10.2%, bilirrubina total 2.04 mg/dL e direta 0.94 mg/dL; LDH 1204 U/L, Coombs direto e indireto positivos e haptoglobina <10 mg/dL, com restante estudo de auto-imunidade negativo e esquizócitos no esfregaço de sangue periférico.
Foi feito o diagnóstico de anemia hemolítica auto-imune e trombocitopenia induzidas por Pembrolizumab. Realizou pulsos de metilprednisolona e por manutenção de trombocitopenia grave, imunoglobulina G com melhoria analítica até à data de alta.

Discussão:
O aparecimento tardio da reação adversa (anos após o início do tratamento) constituiu um desafio diagnóstico.
Dado o uso mais frequente de imunomoduladores e suas potenciais reações adversas, tanto precoces como tardias, nomeadamente o desenvolvimento de doenças auto-imunes, é importante aumentar a sensibilidade clínica e o índice de suspeição destas situações para diagnóstico e tratamento atempado.

PA n.º 1425

A propósito de um caso de Síndrome de Weil

Miguel Sobral Domingues(1);David Ferra de Sousa(1);Sérgio Filipe Monteiro Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A Leptospirose é uma zoonose causada por Leptospira spp, no contexto de contacto com urina contaminada de roedores e outros animais. Com espectro de apresentação e gravidade clínica variável, desde o quadro constitucional inespecífico e autolimitado até à falência multiorgânica, esta última designada por Síndrome de Weil (SW).
Descrição:
Homem de 53 anos, com história de toxicodependência, a residir numa habitação sem condições salubridade. Recorreu ao serviço de urgência por febre, diaforese e mialgias com 1 semana de evolução. À admissão apresentava-se apirético, vígil, normotenso, desidratado, ictérico e com desconforto abdominal a palpação. Analiticamente com bicitopenia (Hb 10.3 g/dL, plaquetas 22000/mL), sem leucocitose, Proteína C Reativa elevada (34.2 mg/dL), lesão renal aguda KGIDO 3 (creatinina 4.65 mg/dL), rabdomiolise (CK 2988 U/L) e citólise hepática com bilirrubina total (BT) aumentada (6.56 mg/dL à custa da conjugada). Realiza TC abdominal sem alterações patológicas. Admitida possível colangite iniciando empiricamente Piperacilina/Tazobactam e optimizada fluidoterapia. Da investigação adicional, ausência de isolamentos nos exames culturais e serologias infeciosas negativas. Os primeiros dias são pautados pelo aumento da BT (max. 17.7 mg/dL) desproporcional à citólise hepática. Dada a forte suspeita de Leptospirose é descalada antibioterapia para ceftriaxone (a qual cumpriu 7 dias) observando-se evolução clínica e analítica favoráveis, com resolução das disfunções de órgão. A pesquisa inicial de Leptospira (sérica e urinaria) foi negativa, repetido estudo à data da alta que confirmou o diagnóstico de Leptospirose.

Discussão:
A Leptospirose é uma zoonose rara mas potencialmente grave, em especial nas formas de SW. A baixa sensibilidade dos testes serológicos na fase inicial da doença reforça a importância da colheita detalhada da histórica clínica e do início atempado de antibioterapia sempre que haja um elevado índice de suspeição clínica.

PA n.º 1429

Associação entre febre Q e Ac antifosfolípidos -olhar atento a um caso febre de origem indeterminada

MARIA INES LOPES(1);Ana David do Carmo(1);Gil Prazeres(1);Francisco Laranjeira(1);Bernardo Baptista(1);Sérgio Baptista(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO
A síndrome febril indeterminada constituí um diagnóstico desafiante, sendo a infeção por Coxiella burnetii uma das causas a ser considerada. A presença de anticorpos (Ac) antifosfolípidos (aPLs) pode orientar-nos para este diagnóstico.

CASO CLÍNICO
Homem de 68 anos previamente saudável, admitido em internamento por quadro com 3 semanas de evolução de febre vespertina, máximo 38,8ºC, sem calafrio, associada a sudorese noturna, anorexia, rouquidão e tosse seca. Residente em área rural com gatos domésticos. Negou contacto com outros animais ou pessoas doentes, viagens recentes ou exposição a água ou alimentos contaminados. Exame físico inocente. Analiticamente destaca-se leucocitose neutrofílica, PCR 11,67mg/dL, VS 44mm/h, AST 51/U, ALT 106/U, GGT 207/U e aPTT 75,5seg. A LDH e PSA eram normais. Hemoculturas seriadas, urocultura, AgHBs, Rosa Bengala, Widal, ac anti-VIH, anti-VHC, anti-EBNA e anti-VCA, anti-CMV, anti-Brucella spp, anti-Bartonella henselae e estudo imunológico (ANA, ENA, ANCA, complemento, FR e ECA) negativos. Proteinograma e imunofixação com monoclonalidade IgG/kappa, sendo o estudo compatível com MGUS de baixo risco. A TC-TAP mostrou ligeiro derrame pleural bilateral. Por prolongamento do aPTT, solicitou-se Ac anti-cardiolipina, Ac anti-beta2 glicoproteina I e anticoagulante lúpico que foram todos positivos (o primeiro em título elevado 264 U/mL). Neste contexto suspeitou-se de Febre Q e foram pedidos os Ac anti-Coxiella burnetii (IgM e IgG fase I e fase II), que confirmaram a hipótese colocada. Realizou ecocardiograma transtorácico sem alterações. Cumpriu 14 dias de doxiciclina e hidroxicloroquina até normalização do aPTT, com lenta resolução do quadro clínico.

DISCUSSÃO
A associação entre infeção por Coxiella burnetii e a presença Ac aPLs está descrita e parece aumentar a probabilidade de endocardite e evolução para infeção crónica. O prolongamento do aPTT pode significar a presença de Ac aPLs, o que no contexto adequado impõe a exclusão de causas infecciosas como a febre Q.

PA n.º 1452

Um síndrome hemolítico urémico verdadeiramente atípico

Dr. Ricardo Miguel Costa(1);Cindy Tribuna(1);Joana Sotto Mayor(1);Rita Matos(1);Fábio Neves Correia(1);João Esteves Sousa(1);Bruno Sousa(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) é um subtipo das microangiopatias trombóticas caracterizado por anemia hemolítica coombs negativa, trombocitopenia e, habitualmente, lesão renal aguda. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para o prognóstico.
Homem de 75 anos, autónomo, com antecedentes de doença renal crónica e trombocitopenia, recorre ao SU por astenia, anorexia e dispneia para esforços com 3 meses de evolução. Verifica-se anemia hemolítica coombs negativa, lesão renal aguda e trombocitopenia, tendo alta orientado para consulta de Hemato-oncologia. Na primeira consulta, por agravamento da anemia com necessidade transfusional, é encaminhado para o internamento.
Do estudo realizado releva-se consumo do complemento e biópsia renal com microangiopatia trombótica. Inicia plasmaferése e hemodiálise, no entanto suspende por bacteriémia de ponto de partida no catéter venoso central, e verifica-se recuperação parcial da função renal. Assume-se SHUa e inicia tratamento com eculizumab, tendo cumprido 8 tomas, sem resposta apreciável. Após reunião multidisciplinar, inicia tratamento com imunoglobulina intravenosa e, posteriormente, pulsos de metilprednisolona, também sem resposta positiva. Durante o internamento manteve sempre anemia hemolítica com necessidade transfusional e trombocitopenia grave. Apresenta múltiplas intercorrências infeciosas e acaba por falecer devido a sépsis com ponto de partida urinário.
Apresentamos este caso pela sua raridade, importância do diagnóstico e tratamento precoces. O SHUa é uma patologia agressiva com prognóstico desfavorável que melhorou consideravelmente com a introdução do Eculizumab, o que não se verificou neste caso.

PA n.º 1460

Artrite Reactiva: Um caso de monoartrite no doente jovem

Paulo Brites Ramos(1);Inês Ferraz(1);Catarina Pereira(1);Andreia Curto(1);Miguel Póvoas(1);Alice Rodrigues(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Artrite reactiva é uma sinovite estéril imunomediada infrequente, que ocorre uma a três semanas após infeções gastrointestinais/geniturinárias por diversos agentes etiológicos, manifestando-se por mono/oligoartrite assimétrica transitória. Caracteriza-se pela tríade clássica de artrite, uretrite e conjuntivite (em 30% dos casos).
Apresentamos o caso de um jovem de 21 anos, leucodérmico, empregado de restauração, que recorreu ao serviço de urgência por dor, edema, calor e rubor do joelho e tornozelo direitos, referindo adicionalmente disúria com duas semanas de evolução. Analiticamente destacava-se elevação da proteína C reactiva - 12,15mg/dL, sem leucocitose, velocidade de sedimentação aumentada e urina II com leucocitúria. Assumida artrite reativa/séptica, iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone após exames culturais. Realizou artrocentese do joelho, com líquido articular de aspecto não-puro, com 17.000 células (com predomínio de polimorfonucleares), glicose 34mg/dL, LDH 688 UI/L, sem crescimento posterior em exame microbiológico. Por isolamento urinário de Chlamydia trachomatis, em urocultura, iniciou doxiciclina em associação a rifampicina evidenciando, sob analgesia titulada, melhoria gradual dos sintomas e descida sustentada dos parâmetros inflamatórios. Teve alta com indicação para manutenção de antibioterapia por um período de 3 meses e reavaliação serológica, após esse prazo.
A artrite reativa é pouco frequente, tendo múltiplas causas. Uma boa história clínica apoia o pedido de exames complementares de diagnóstico para identificação precoce do factor precipitante, sendo fulcral na orientação do tratamento adequado, minimizando impotência articular funcional e exacerbações clínicas.

PA n.º 1470
Doença de Creutzfeldt-Jakob
Carolina Gomes(1);Sofia Guerreiro Cruz(1);Bruno Ferreira(1);Vânia Almeida(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A doença de Creutzfeldt-Jakob é a doença priónica humana mais frequente, com incidência de apenas um caso por milhão. Existem três formas: esporádica, familiar e adquirida. É uma demência rapidamente progressiva e manifesta-se por apatia, mioclonias, ataxia; com evolução para coma. Não tem cura e apresenta uma sobrevida de até um ano.
Caso Clínico: Reporta-se o caso dum doente de 69 anos, autónomo, com história de ansiedade e hipertensão arterial; admitido após ter sido encontrado na via pública com quadro de apatia e confusão mental com uma semana de evolução. Na avaliação encontrava-se lentificado, sem iniciativa verbal, com ataxia dos membros inferiores e mioclonias dispersas (ainda deambulava com apoio).
Analiticamente com anticorpos antinucleares e antitiroideus positivos (função tiroideia normal). Líquido cefalorraquidiano com ligeira proteinorraquia. Realizou ressonância magnética cranioencefálica (após tomografia computorizada sem alterações) que demonstrou um padrão de restrição cortical e estriado à direita, a favor de estado de mal ou encefalite. Iniciou antiepiléptico mas sem melhoria e os electroencefalogramas seriados não mostraram evidência de atividade epiléptica.
Verificou-se agravamento clínico para agitação, seguido de mutismo, com perda total da autonomia.
Após exclusão de infecção viral e por suspeita de encefalopatia de Hashimoto, realizou pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina. Manteve agravamento clínico (evolução para coma), electroencefalográfico (aparecimento de descargas periódicas generalizadas) e imagiológico (padrão de restrição à difusão no córtex e estriado bilateralmente).
Dada a ausência de diagnóstico plausível, foi repetida punção lombar para determinação de proteína 14-3-3 que veio positiva. Manteve tratamento de suporte, tendo falecido três meses após o início do quadro. Obtido, posteriormente, estudo genético de variantes do gene PRNP associadas à forma familiar e anticorpos de encefalites que foram negativos. Aguarda-se o resultado da autópsia.
Discussão: A deterioração cognitiva rápida é um quadro amplamente presente no quotidiano do internista, habitualmente reversível com tratamento da doença sistémica ou neurológica subjacente, mas vale relembrar entidades raras que surgem como diagnóstico de exclusão.

PA n.º 1475

ARTRITE GONOCÓCICA – UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DA INFEÇÃO GONOCÓCICA DISSEMINADA

Francisco Barreto(1);Nancy Faria(2);Sofia Nóbrega(2);Lídia Teixeira(2);Daniel Carvalho(2);Rafael Freitas(1)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO
A artrite gonocócica resulta da infeção gonocócica disseminada, uma complicação rara da infecção pela Neisseria gonorrhoeae. Surge em cerca de 0.5-3% dos casos de gonorreia, e pode manifestar-se como artrite séptica localizada ou como síndrome de artrite-dermatite. Ocorre mais comumente em adultos jovens com prevalência superior em mulheres. Os autores descrevem um caso de artrite gonocócica disseminada.

CASO CLÍNICO
Homem de 45 anos, antecedentes de sífilis e pericardite, recorre à urgência por quadro de poliartralgias das 3º,4º e 5º articulações metacarpofalângicas de ambas as mãos, ombro esquerdo e joelho direito com 10 dias de evolução, medicado há 3 dias com ceftriaxona 500 mg e doxiciclina 100 mg 12/12h, sem melhoria. Refere quadro de uretrite há 3 semanas, medicado com cefuroxime e azitromicina sem melhoria. Negava febre, embora estivesse sempre sob antipiréticos. Ficou internado por suspeita de artrite gonocócica. Realizou ecografia poliarticular com evidência de poliartrite assimétrica e tenossinovite dos flexores da mão e pé direitos, artrite bilateral dos joelhos, sinovite das articulações do joelho, tibiotársica e subastragalina direitas. Realizou artrocentese do joelho direito com saída de líquido articular de características inflamatórias, com predomínio de mononucleares, sem crescimento em meio cultural. Do estudo analítico apresentou VDRL 1/32 e pesquisa de DNA N.gonorrhoeae positiva no exsudado retal e uretral. Excluiu-se infeção por Chlamydia trachomatis. Realizou 14 dias completos de ceftriaxone 1000 mg/dia e 5 dias de naproxeno 500 mg bidiários com remissão dos sintomas.

CONCLUSÃO
A infeção gonocócica disseminada, embora rara, poderá apresentar complicações severas, como endocardite, meningite ou destruição articular irreversível. Tendo em conta a incidência crescente das doenças sexualmente transmissíveis, os autores enfatizam a consideração da artrite gonocócica em jovens adultos sexualmente ativos, de forma a não protelar o tratamento dirigido e melhorar o prognóstico global.

PA n.º 1478
“Cuidado, aqui há gato!”
Patrícia Amaral de Almeida(1);Ana f. Costa(1);Joana Antunes(1);Margarida Gaudêncio(1);Ivo Barreiro(1);Luísa Loureiro(1);Teresa Alfaiate(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A Pasteurella multocida (PM) é o principal microorganismo responsável por infeções dos tecidos moles, nomeadamente cellulite, secundárias a mordedura ou arranhadela de cães ou gatos. A infeção dos tecidos moles é comum, contudo infeções sistémicas são muito pouco frequentes. As primeiras manifestações clínicas surgem habitualmente nas primeiras 48 horas.
CASO CLÍNICO: Homem de 78 anos recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor na mão e punho esquerdos e epigastralgia com poucas horas de evolução. Tinha antecedentes de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, dislipidemia e polimialgia reumática sob corticoterapia há 11 anos. Na avaliação inicial destacavam-se 2 pequenas escoriações (mão e punho esquerdos), que o doente referiu corresponderem a 2 mordeduras de um gato. Analiticamente não apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios ou outras alterações.
Nas primeiras horas de permanência no SU, desenvolveu quadro de hipotensão refratário a fluidoterapia, com necessidade de suporte vasopressor, insuficiência respiratória e exacerbação marcada dos sinais inflamatórios da mão e punho. A reavaliação analítica mostrou elevação marcada da procalcitonina (19.91 ng/mL), proteina C reativa (224.85 mg/L), agravamento da função renal e trombocitopenia. Foi iniciada antibioterapia empírica.
Do restante estudo complementar, nas hemoculturas foi isolada PM, e ajustada antibioterapia, e a tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica não identificou outro possível foco infecioso.
Assim, foi assumido diagnóstico de choque sético com ponto de partida em celulite do membro superior esquerdo, após mordedura de gato. O doente ficou internado 12 dias em Unidade de Cuidados Intermédios, com boa resposta clínica e analítica à terapêutica instituída.
DISCUSSÃO: Os autores apresentam este caso clínico com o objetivo de salientar um agente etiológico pouco frequente de choque sético, mas que deve ser considerado em doentes com contacto frequente com gatos e/ou cães, principalmente idosos, com múltiplas patologias e/ou imunossuprimidos. É de relevar que o diagnóstico e tratamento precoces foram fundamentais na evolução favorável deste doente, sendo que a taxa de mortalidade associada a bacteriémia por PM é de 25 a 30%.

PA n.º 1480
AVC isquémico de repetição em doente com Poliartrite Nodosa
Catarina Pinto Silva(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A poliartrite nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante focal segmentar que afeta artérias de pequeno e médio calibre. As manifestações são multiorgânicas e quando há atingimento do sistema nervoso central associa-se, habitualmente, a mau prognóstico.
Caso clínico: Mulher de 48 anos, seguida em consulta de Medicina Interna com o diagnóstico histológico de poliartrite nodosa (PAN) em contexto de livedo racemoso, medicada com prednisolona 20mg/dia, sem fatores de risco vascular conhecidos. Admitida no serviço de urgência (SU) por síndrome lacunar sensitivo-motor hemisférico esquerdo. A ressonância magnética (RM) cerebral realizada no internamento documentou lesão isquémica recente na coroa radiada esquerda. O estudo etiológico (vasos cervicais/intracranianos, cardíaco, protrombótico e imunológico) não revelou alterações, tendo tido alta antiagregada com ácido acetilsalicílico, mantendo a corticoterapia na mesma dose. Recorre novamente ao SU, cerca de um mês depois, por síndrome lacunar sensitivo-motor hemisférico direito. A RM confirmou nova lesão isquémica recente localizada na coroa radiada direita, sendo o novo extenso estudo etiológico negativo. Decidido aumentar dose de corticoide para 1mg/kg/dia e alterar a terapêutica antitrombótica para antagonista da vitamina K. Não houve recorrência de eventos durante o seguimento.
Discussão: O AVC acontece em 13-17% dos doentes com PAN. O mecanismo patofisiológico permanece pouco estabelecido, mas acredita-se que resulte de fenómenos vaso-oclusivos relacionados com a própria inflamação da parede vascular, associados a fatores de risco tradicionais e eventual efeito pró trombótico da corticoterapia. Este caso descreve uma doente jovem, sem fatores de risco vascular conhecidos, internada por dois eventos isquémicos consecutivos, em território de perfurantes de ambas artérias cerebrais médias. Não existindo alterações no extenso estudo etiológico realizado, assumiu-se que os eventos deverão estar relacionados com um processo vasculítico de pequenos vasos. Por esse motivo, foi otimizada a terapêutica imunossupressora na fase aguda e decidido hipocoagular a doente, uma vez que houve recorrência sobre antiagregação.

PA n.º 1493

Pneumonia grave em tempo de COVID-19: o raro ainda existe.

Marta Quaresma(1);Margarida I. Nascimento(2);João Borralho(3);Lia Bastos(3);Joana Granado(3);João Alves(3);Susana Peres(3);Ana Cláudia Miranda(3);Teresa Baptista(3);Isabel Antunes(3);Fernando Borges(3);Kamal Mansinho(3)
(1) Hospital Vila Franca Xira (2) Hospital da Luz Lisboa (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A psitacose é uma infeção causada pela bactéria Chlamydia psittaci através da inalação de aerossóis contaminados com excreções de aves infetadas, com período de incubação de 5-14 dias, sendo responsável por 1% da pneumonia adquirida na comunidade.
Homem, 45 anos, sem comorbilidades, consumidor de anabolizantes orais, não vacinado contra SARS-COV-2. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse e dispneia com 3 dias de evolução. Apresentava-se vígil, polipneico, SpO2<60% (FiO2 21%) e auscultação pulmonar sem alterações. Analiticamente com acidemia metabólica, pO2 42mmHg, lactato 6 mmol/L, sem leucocitose, neutrofilia de 86,7 %, PCR 35mg/dL, CK 2997U/L, TnT 34ng/mL, creatinina 1.63mg/dL, Na+ 127mmol/L, AST 217 e ALT 232U/L. Pesquisa de ARN de SARS-COV-2 e antigenúrias S. pneumoniae e L. pneumophila negativas. TC tórax com extensas consolidações bilaterais e cardiomegália. Ecocardiograma com derrame pericárdico moderado, sem compromisso hemodinâmico. Por hipoxemia refratária admitido em UCI e submetido a ventilação invasiva (11 dias) e posteriormente ECMO (10 dias). Cumpriu 7 dias de ceftriaxona e azitromicina. Do estudo microbiológico, destacou-se PCR positiva para C. psittaci. Revendo o contexto epidemiológico, apurou-se contacto com dejeções de pombos na semana que antecedeu o quadro. Além do envolvimento respiratório, teve conjuntivite, miopericardite e lesão renal e hepática. Cumpriu 21 dias de doxiciclina com evolução favorável.
Estudos epidemiológicos de psitacose em Portugal são raros. Esta doença pode evoluir com pneumonia grave e, raramente, com queratoconjuntivite, sintomas gastrointestinais, artrite, miocardite, meningoencefalite e falência multiorgânica.
Apresentação clínica atípica, com dissociação clinico-radiológica, envolvimento extrapulmonar e contexto epidemiológico sugestivo, deve alertar para causas raras de pneumonia que devem ser ativamente investigadas.

PA n.º 1496

Otimizar a terapêutica na Insuficiência Cardíaca. A hipercaliémia ainda é uma limitação?

Marta Quaresma(1);Teresa Medeiros(2);Patrícia Costa(3);Filipa Cardoso(4);Cátia Ferreira(3);Carolina Lourenço(3);Susana Costa(3);Fátima Franco(3);Lino Gonçalves(3)
(1) Hospital Vila Franca Xira (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra (4) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: Na Insuficiência Cardíaca [IC] com Fração de Ejeção reduzida [ICFEr] a modulação do eixo renina angiotensina aldosterona tem um papel fundamental na melhoria do prognóstico, sendo os inibidores do sistema renina angiotensina aldosterona [iSRAA] pilares da terapêutica destes doentes. Contudo, a hipercaliémia associada a esta terapêutica pode ser um fator limitativo, sobretudo se idosos ou com síndrome cardiorenal, podendo implicar a redução ou suspensão dos iSRAA, com implicação no prognóstico. O patirómero, quelante de potássio recentemente desenvolvido, visa controlar a hipercaliémia associada aos iSRAA e assim manter a terapêutica modificadora de prognóstico.
OBJECTIVO: Reportar a experiência preliminar da utilização de patirómero em doentes com ICFEr, seguidos numa Unidade de IC, através da sua caracterização sociodemográfica e clínica, e da análise do impacto desta terapêutica na variação dos níveis sérios de potássio e na otimização dos iSRAA.
MATERIAL E MÉTODOS: Análise retrospetiva que incluiu todos os doentes seguidos na consulta de IC de um hospital terciário entre janeiro e maio de 2022 que iniciaram patirómero na dose de 8.4 g/d por apresentarem hipercaliémia > 5mEq/L sob terapêutica com iSRAA.
RESULTADOS: Durante o referido período, 8 doentes iniciaram terapêutica com patirómero, 88% género masculino e idade média 71 (±6,7) anos. Todos tinham ICFEr, sendo a FE média de 27%, e 50% tinha cardiopatia isquémica. Dos doentes selecionados, 63% estava em classe funcional NYHA II, 75% tinha diabetes mellitus e 75% doença renal crónica. A clearence de creatinina média foi de 47 ml/min/1.73m2. Todos os doentes estavam medicados com iSRAA previamente à terapêutica com patirómero: 7 com inibidor do recetor da angiotensina - neprilisina [ARNI], a maioria (75%) na dose intermedia, e 1 com antagonista do recetor da angiotensina. Concomitantemente 75% estavam com antagonistas dos recetores mineralocorticoides [MRA]. O valor médio de potássio pré-início de patirómero foi de 5,4 mEq/L, com uma redução do valor médio para 4,3 mEq/L após início de patirómero. Durante o follow-up, foi titulada a dose de iSRAA em 83% dos doentes e iniciada terapêutica concomitante com MRA nos doentes que não estavam a cumprir previamente esta terapêutica. Não se observaram complicações relacionadas com o início do patirómero.
DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: O tratamento da hipercaliémia associada à utilização de iSRAA, com o patirómero, representa uma mudança de paradigma nos doentes com ICFEr, permitindo uma otimização de terapêutica modificadora de prognóstico. Da análise preliminar dos resultados podemos concluir que, à data de envio deste abstract, 83% dos doentes apresentaram redução significativa da caliémia após início da terapêutica, o que permitiu otimizar para as doses toleradas os iSRAA.

PA n.º 1498

Hemofilia A adquirida – Uma entidade rara

Gil Prazeres(1);Margarida i. Nascimento(1);Francisco Laranjeira(1);Ana David do Carmo(1);Maria Inês Lopes(1);Bernardo Soares Baptista(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A hemofilia A adquirida é uma entidade rara caraterizada pela produção de autoanticorpos que interferem com a atividade do fator VIII, sendo que apesar de existirem diversas condições associadas, na maioria dos casos, não se identifica uma causa. Manifesta-se com discrasia hemorrágica e prolongamento isolado do tempo parcial de tromboplastina ativada (aPTT). O doseamento dos inibidores e o ensaio Bethesda são determinantes no diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Mulher de 64 anos, sem antecedentes de relevo, admitida por quadro, com 6 semanas de evolução, caraterizado por equimoses e hematomas espontâneos, sem traumatismo associado e hematúria macroscópica. No exame físico, apresentava-se pálida, com volumosos hematomas em ambos os membros inferiores e membro superior direito. Laboratorialmente, tinha hemoglobina (Hb) de 5,5 g/dL (vs. 13 g/dL 1 mês antes), índice de produção de reticulócitos de 1 e aPTT >180 seg. (vs. 81,7 seg. 1 mês antes). O teste de mistura com plasma corrigiu o aPTT para 33,9 seg. e, 2 horas após incubação a 37ºC, para 62,7 seg. O doseamento do fator VIII era <1% e havia um défice ligeiro dos fatores IX (51%), XI (38%) e XII (22%). O ensaio Bethesda mostrou a presença de inibidor do fator VIII num título de 1066,4 Unidades Bethesda. O anticoagulante lúpico e o anticorpo anti-cardiolipina IgM e IgG eram positivos em título elevado. As cadeias leves livres estavam baixas e a relação k/λ era normal. As restantes avaliações laboratoriais, aspirado medular, biópsia osteomedular e TC tóraco-abdomino-pélvica não apresentavam alterações. Assumiu-se o diagnóstico de hemofilia A adquirida idiopática. A anemia foi interpretada no contexto dos hematomas, não se excluindo a possibilidade de interferência de autoanticorpos com a eritropoiese, tendo em conta a reticulocitopénia. Em internamento, realizou duas unidades de concentrado eritrocitário, plasma fresco congelado, corticóide sistémico e imunoglobulina e ciclofosfamida endovenosas, evoluindo favoravelmente. À data da alta, apresentava-se sem discrasia hemorrágica, com Hb 8,6g/dL, mas ainda com aPTT >180 seg.

DISCUSSÃO: Apresenta-se este caso clínico por se tratar de uma entidade rara, com consequências potencialmente graves e cujo diagnóstico é realizado essencialmente com base em achados laboratoriais mediante uma suspeita clínica forte.

PA n.º 1510

ABCESSO EPIDURAL ESPINHAL: COMPLICAÇÃO RARA, PORÉM POTENCIALMENTE MORTAL

Danay Perez(1);João Caiano Gil(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O abcesso epidural espinhal é uma infecção supurativa rara, porém relevante, do sistema nervoso central. O Staphylococcus aureus é o agente microbiológico responsável por cerca de dois terços dos casos. A tríade diagnóstica clássica consiste em febre, dorsalgia e défices neurológicos, no entanto apenas uma pequena proporção de doentes tem os três componentes na apresentação.
Homem de 59 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular degenerativa da coluna cervical e lombar, e história de analgesia injetável por clínica habitual de ciatalgia. Admitido no Serviço de Medicina Intensiva em contexto de doença estafilocócica invasiva com provável ponto de partida em miosite da região glútea, com evolução para síndrome de choque tóxico estafilocócico e pneumonia bilateral. Durante o internamento manteve-se sempre com cobertura antibiótica dirigida ao agente isolado em dose meníngea, contudo com bacteriemia persistente por Staphylococcus aureus meticilino-sensível, e extensão ao neuroeixo sob a forma de abcesso epidural anterior. Discutido em equipa multidisciplinar, e considerado não existir benefício em proposta cirúrgica de controlo de foco - baseado em controlos imagiológicos subsequentes - tendo sido alargada antibioterapia para ceftolozane/tazobactam, com posterior evolução clínica favorável e melhoria das disfunções presentes à admissão a permitirem transferência para o Serviço de Medicina Interna ao final de 35 dias de internamento.
Este caso alerta para uma entidade rara, mas potencialmente fatal se não for diagnosticada e tratada adequadamente. Para além da antibioterapia sistémica, a descompressão e drenagem cirúrgicas são habitualmente o tratamento de escolha; porém, em pacientes altamente selecionados a abordagem médica conservadora apenas com antibioterapia pode ser apropriada e eficaz.

PA n.º 1511

Atingimento pulmonar em infeção por C. albicans disseminada

Estela Carvalho de Sousa(1);Ana Sofia Ramos(1);Joana Tender Vieira(1);Pedro Ribeirinho Soares(1);Inês Silva(1);Jorge Almeida(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHSJ - HOSPITAL SÃO JOÃO EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As infeções por fungos da espécie Candida são frequentemente limitadas, atingindo preferencialmente mucosas. No entanto, por alterações da resposta imune do hospedeiro, pode ocorrer disseminação invasiva (que habitualmente cursa com candidemia), com atingimento multiorgânico.
Apresentamos o caso de uma doente, sexo feminino, 76 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, com bom controlo metabólico recente; submetida no ultimo ano a duas intervenções cirúrgicas ortopédicas, após fratura do úmero direito e colo do fémur direito, com material heterólogo nestas localizações. Internada por pielonefrite aguda obstrutiva, sem foco obstrutivo identificável, em Tomografia Computarizada (TC) realizada no serviço de urgência. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Apresentou urocultura e hemoculturas colhidas à admissão com isolamento de C. albicans, multissensível, pelo que iniciou fluconazole. Por apresentar tosse produtiva de novo, realizado TC do tórax, que mostrou densificações nodulares dispersas por todo o parênquima pulmonar, infracentimétricas, compatíveis com invasão fúngica. Para exclusão de outros focos metastáticos, realizou TC cerebral, ecocardiograma transtorácico, ressonância magnética da anca e úmero direitos, sem alterações de novo, e foi avaliada por oftalmologia, que excluiu endoftalmite. Completou o tratamento antifúngico (28 dias), com boa resposta à terapêutica, confirmada imagiologicamente.
A maioria das infeções por Candida é benigna, caracterizando-se apenas pela hiperproliferação do fungo nas mucosas. No entanto, em doentes com fatores de risco para imunossupressão pode ocorrer disseminação hematogénica com invasão focal, como por exemplo, pielonefrite, endocardite, meningite, e também fixação em material heterólogo. O atingimento pulmonar é raro, sendo mais frequente em idade pediátrica. O tratamento da infeção invasiva obriga a um curso mais prolongado de antifúngico (pelo menos, 14 dias após negativação de hemoculturas).

PA n.º 1515

Patirómero no tratamento da hipercaliemia em doentes com Insuficiência Cardíaca com FEVE reduzida

Bruno Pepe(1);Cristina Carvalho Gouveia(1);João Rodrigues Barros(2);Carolina Coelho(3);Joana Certo Pereira(1);Carolina Carrilho Palma(4);Sara Rodrigues Silva(5);Sérgio Brito(1);Nuno Maia Das Neves(6);Catarina Rodrigues(1);Célia Henriques(1);Inês Araújo(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (3) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (4) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo (5) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE (6) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A terapêutica da IC tem como objectivo a redução dos sintomas, melhoria da qualidade de vida, a prevenção dos internamentos e a redução da mortalidade. Nos doentes com Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFEr) são quatro os pilares terapêuticos que deverão ser iniciados e titulados até à dose alvo ou máxima tolerada (TMO): inibidor do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAASi), antagonista dos recetores dos mineralocorticóides (MRA), beta-bloqueantes (BB) e inibidores do cotransportador sódioglucose 2 (iSGLT2). A hipercaliemia (HiK) é um evento frequente nestes doentes, com risco aumentado de hospitalização e morte. Surge associado à doença cardiorrenal e ao uso de RAASi/MRA, sendo uma das principais causas de subutilização destas classes farmacológicas. A utilização do patirómero, um captador de potássio que promove a normocalémia pode facilitar a TMO nos doentes com HiK.
Objetivos
Qualificar a TMO dos doentes com ICFEr e HiK sob patirómero na vida real.
Métodos
Estudo retrospectivo de doentes seguidos na Clínica de IC, que iniciaram terapêutica com patirómero entre janeiro de 2021 e abril de 2022, recorrendo aos processos clínicos informáticos, com recolha de dados demográficos, clínicos e laboratoriais.
Resultados
Foram incluídos 37 doentes, 51% homens e mediana de idades 72 anos. A principal etiologia da IC foi isquémica (60%), em classe II NYHA (62%). 68% apresentavam ICFEr e 8% ligeiramente deprimida (ICFElr). Destaca-se a elevada prevalência de comorbilidades (32% com >10) - 81% hipertensão arterial, 70% dislipidemia, 68% diabetes mellitus tipo 2, 54% obesidade e DRC em estadio 3b em 54% ou estadio 4 em 14%. Iniciou-se patirómero com o intuito de controlar a HiK e permitir a titulação de TMO, na dose mínima de 8.4g/dia, sendo reavaliados aos 7, 15 e 30 dias e depois mensalmente, com necessidade de titulação da dose para 16.8g/dia em 37% e para 25.2g/dia em 5% dos doentes. Em 43.2% dos doentes houve necessidade da sua suspensão, 50% dos quais se encontravam sob dose mínima e com uma utilização média de 134.5 dias±119.6 (mín. 42, máx 502). Dos motivos que levaram à sua suspensão, destaca-se a acidemia metabólica em 56% e a diarreia em 19%, sendo que neste grupo a TFG média era 39±12.5 VS 49.3±20.3 do grupo que manteve terapêutica. Foi atingida a TMO em 71.4% dos doentes que o mantiveram, em oposição ao grupo que teve de suspender em que essa percentagem é de 56.3%. Durante o tempo de follow-up 2 doentes faleceram - 1 deles suspendeu patirómero 1 ano antes do óbito e o outro faleceu após 535 dias de utilização, sem relação evidente.

Conclusão
A utilização de patirómero permitiu atingir e manter a TMO na maioria dos doentes com IC, em vida real, atestando a sua eficácia.

PA n.º 1517

O que dizem os teus olhos - início de marcha diagnóstica de Miastenia Gravis em doente sedado

Mariana Salvado de Morais(1);Raquel Soares(1);Cristiano Gante(1);Adriana Watts(1);Rita Prayce(1);Luís Dias(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A Miastenia Gravis (MG) é a doença da placa neuromuscular mais comum, sendo o seu diagnóstico clínico e serológico. A sintomatologia resulta do ataque auto-imune da junção neuromuscular, dirigido contra os receptores da acetilcolina na membrana pós-sináptica.
Doente de 77 anos, trazido ao serviço de urgência por prostração e dificuldade respiratória, referindo a existência de diplopia nos últimos 4 meses. À chegada com acidémia respiratória e Glasgow Coma Scale 6, entubado e ventilado, transferido para Cuidados Intensivos. Após duas tentativas de extubação, falhadas por miopatia, realizou traqueotomia (TQ). Após levante da sedação com oftalmoparésia extrínseca, diplegia facial, paresia proximal dos membros superiores, hiperreflexia e disfagia. Na punção lombar, com saída de líquor cristalino, com bioquímica, bacteriologia e serologias de vírus neurotrópicos negativas. Transferido para Unidade Cuidados Intermédios do Serviço Medicina Interna sob suporte ventilatório pela TQ. Excluídas massas tumorais, incluindo timoma, iniciou corticóide (CT), Piridostigmina e Imunoglobulina com melhoria, sem sinais neurológicos e com total ganho da autonomia. Tolerou a suspensão do suporte ventilatório e posteriormente oxigenoterapia pela TQ. Transferido para enfermaria e obtidos os resultados do líquor: anticorpos anti-receptor da acetilcolina e anti-neuronais positivos, confirmando assim o diagnóstico de MG. Após oclusão da TQ, teve alta para consulta de Doenças Neuromusculares, onde reduziu dose de CT.
As alterações neurológicas encontradas após a suspensão da sedoanalgesia e a elevada suspeição clínica permitiu realizar a marcha diagnóstica e culminar com o diagnóstico de MG. A ptose ou diplopia é o primeiro sintoma na maioria dos casos. Metade dos doentes desenvolve alteração da força muscular flutuante nos anos seguintes, tendo sido esta a evolução deste doente. O tratamento baseia-se em terapêutica sintomática e imunossupressão, tendo a resposta à prova terapêutica reforçado a suspeita clínica. Apesar de 10% dos doentes apresentar doença refratária, este caso apresentou resposta com remissão total dos sintomas.

PA n.º 1539

Trombocitopenia imune como manifestação inicial de um lúpus eritematoso sistémico

Gonçalo Cavaco(1);Filipa Macieira(1);Daniela Teixeira(1);Cristina Rodrigues(1);André Azevedo(1);Ana Lisa Lima(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A trombocitopenia imune é uma patologia adquirida causada por anticorpos anti-plaquetários, de etiologia primária ou secundária. Neste último caso, pode estar associada a doenças autoimunes, infeções, neoplasias ou fármacos. Das doenças autoimunes destaca-se o lúpus eritematoso sistémico (LES), que pode ter manifestações multiorgânicas, sendo a trombocitopenia imune uma das suas formas de atingimento hematológico.
Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 35 anos com mal-estar geral, menometrorragias e petéquias em toda a extensão das mãos, antebraços e membros inferiores com uma semana de evolução. Tinha antecedentes de tiroidite autoimune e de alopecia. Análises com trombocitopenia (plaquetas de 4.000/µL), sem hemólise nem alterações do estudo da coagulação, e sem organomegalias so exame objetivo nem nos exames de imagem. Realizou 1 pool de plaquetas e fez um ciclo de Dexametasona 40mg endovenosa por 4 dias, com melhoria dos sintomas e aumento de plaquetas para 82000/µL. Ficou com o estudo de causas secundárias em curso e teve alta encaminhada para consulta externa, onde se continuou a investigação. Novo internamento após 9 dias por recrudescência clínica e agravamento da trombocitopenia. Face à falência da terapêutica prévia, optou-se por fazer um esquema de corticoterapia prolongada com Prednisolona oral inicialmente a 80mg por dia, seguido de desmame gradual, com resolução clínica subsequente. Do estudo imunológico realizado destacam-se anticorpos anti-nucleares (ANA) 1:640 e anti-dsDNA positivo. Mais tarde, averiguou-se o desenvolvimento de artralgias nos punhos, joelhos e tornozelos de ritmo inflamatório, suportando o diagnóstico de um LES.
O caso relata uma possível apresentação de LES. Apesar das manifestações reumatológicas e cutâneas serem mais frequentes, é importante manter um elevado nível de suspeição nas suas manifestações atípicas, como a trombocitopenia imune. Neste sentido, destaca-se a importância de incluir o estudo imunológico (com ANA, anticorpos anti-dsDNA e anticorpos antifosfolipídeos) na pesquisa de causas secundárias de trombocitopenia imune. Salienta-se que a trombocitopenia imune pode preceder o diagnóstico de LES por meses ou até anos.

PA n.º 1540

Pielonefrite enfisematosa — Impacto da diabetes melitus no que seria uma infecção trival

Madalena Nimi(1);Oliveira Baltazar(1);Gizela Mabuku(1);Benjamim Mateus(1);Yara Alvarenga(1);Hermenegildo Paxe(1);Nsukumesso Bota(1);Jemima Patrocíno(1);Jandir Patrocínio(1);Naima Andrade(1)
(1) Outro

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A pielonefrite enfisematosa (PE) é uma infecção necrotizante aguda rara, grave e potencialmente fatal do parênquima renal, causada por bacilos gram negativos como a Escherichia coli e Klebsiella pneumoniae, ocorrendo com maior frequência em doentes diabéticos do sexo feminino. A apresentação clínica clássica é composta pela tríade: febre, vómitos e dor no flanco. A evolução tende a ser rápida podendo evoluir para sépsis e falência renal. O tratamento inclui antibioterapia sistémica e cirurgia em casos selecionados.
Pretende-se relevar a importância do diagnóstico precoce e tratamento da PE nos doentes diabéticos, pela raridade e gravidade desta entidade clínica.
Caso clínico: mulher de 42 anos, negra, obesa, diagnostico recente de diabetes melitus tipo 2. Transferida de outra instituição por febre, dor para-lombar bilateral, dor no flanco esquerdo, epigastralgia e vómitos. À admissão febril, taquicardica, com massa palpável no flanco esquerdo. Murphy renal positivo a esquerda.
O estudo complementar revelou Anemia, elevação dos parâmetros inflamatórios, e urina sumária patológica. Para estudo da massa fez TC abdomino-pélvica que foi conclusiva para Pielonefrite Classe IIIb. O estudo cultural foi positivo para Klebsiela Pneumoniae ESLB.
Iniciou antibioterapia sistémica sem resposta. Dado o diagnóstico e após discussão multidisciplinar tornou-se clara a necessidade de intervenção cirúrgica (Nefrectomia), realizada sem intercorrências. Continuou antibioterapia pós necfretomia com evolução clínica satisfatória. Obteve alta melhorada.
Discussão: Apesar de a PE ser uma entidade rara, deve ser sempre considerada como hipótese diagnóstica diante de doentes com história clínica sugestiva, e principalmente doentes diabéticos, pois é considerada uma emergência urológica potencialmente fatal na ausência de tratamento rápido e eficaz.

PA n.º 1550

Poliartralgias prolongadas – uma manifestação comum na Doença de Whipple

Bernardo Tourais Canhão(1);João Madaleno(1);Diogo Feijó(1);André Trigo(1);Andreia Matos(1);Rosário Lebre(1);Adélia Simão(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A doença de Whipple (DW) é uma doença sistémica rara, com uma prevalência estimada de 3 casos/milhão de pessoas (num estudo italiano recente), causada pelo bacilo gram-positivo, Tropheryma whipplei (Tw), fatal se não for tratada atempadamente. A maioria dos doentes apresenta sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico e podendo resultar em alterações neurológicas irreversíveis.
Caso clínico: Homem de 58 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, internado no Serviço de Medicina Interna por artralgias simétricas, de início insidioso, inicialmente da articulação coxofemoral e, posteriormente das articulações do joelho e cotovelo, de ritmo inflamatório, com 18 meses de evolução e sem melhoria após terapêutica com AINE e corticoterapia. Associadamente, referia diarreia aquosa, sem sangue ou muco, anorexia e perda ponderal de 9% do peso corporal nos últimos 6 meses. Ao exame objetivo tinha artrite das articulações referidas e dor generalizada à palpação abdominal. Analiticamente havia leucocitose por neutrofilia, trombocitose, elevação da PCR, hiponatrémia, défice de folato e hiperferritinémia. Foram excluídas outras etiologias de poliatrite e diarreia crónica, tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de DW. Realizou endoscopia digestiva alta com biópsias duodenais, cuja histologia revelou macrófagos com inclusões PAS positivos, sugestiva da doença, e confirmação posterior por PCR dirigida a sequências do genoma de Tw. Iniciou tratamento com ceftriaxone 2g id 2 semanas e posteriormente sulfametoxazol/trimetoprim 800/160 mg 2id com boa resposta clínica.
Discussão: Discute-se a apresentação clínica inespecífica desta doença muito rara, onde o elevado grau de suspeição é a chave para o diagnóstico, que na maioria dos casos é feito tardiamente. O tratamento é prolongado (superior a 1 ano), sendo necessária monitorização para confirmação da resposta e evitar recidivas tardias.

PA n.º 1551

TROMBOCOVIDOSE - Um caso de Covid-19 e Tuberculose, complicado por Tromboembolismo pulmonar

Pedro Simões(1);Andreia Diegues(1);Filipa Rodrigues(1);Sandra Sousa(1);Micaela Sousa(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Sara sá(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) Hospital Bragança

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) está associado a doenças infeciosas como a Covid-19 e, menos frequentemente, à Tuberculose pulmonar (TP). A co-infecção COVID-19 e TP pode acarretar complicações e pior prognóstico.
Caso clínico: Masculino, 24 anos, Angolano, sem antecedentes de relevo, vacinação COVID-19 incompleta. Admitido por dispneia, tosse mucóide, cefaleias, mialgias e toracalgia esquerda com 1 semana. Ao exame T39.9º, FR 22 cpm, TA 99/62mmHg, FC 116 bpm, com crepitações à esquerda. Gasimetria com PaO2 52mmHg, lactato normal; análises com leucopenia, PCR 8. ECG em ritmo sinusal. RX tórax: extenso infiltrado à esquerda com aparente cavitação e condensação peri-hilar direita. Angio-TAC tórax consolidação do lobo superior esquerdo (75%), lobo inferior esquerdo, peri-hilar direita e apical direito, sem TEP. PCR SARS CoV-2 positivo. Internado por Infeção por SARS-CoV2 com sobreinfeção bacteriana. Do estudo de relevo baciloscopias positivas, PCR para BK positiva. HIV negativo. Iniciou antibacilares. Por persistência de insuficiência respiratória (IR) repetiu Angio-TAC: TEP em ramos segmentares inferiores da artéria pulmonar direita. Iniciou apixabano. À alta sem IR. Assumido TEP em provável contexto de infeção COVID-19 e TP (apesar de profilaxia da trombose venosa desde a admissão), a aguardar estudo pro-trombótico.
Discussão: A informação da co-infeção COVID e TP é ainda limitada. No caso apresentando, os sintomas e a infeção por COVID são confundidores, tendo a suspeição clínica para TP sido fundamental para o diagnóstico, reforçando a importância do screening para tuberculose em doentes com covid-19 provenientes de países com elevado risco, com clínica e imagem sugestiva. Para além do anterior, este caso reflete a importância da investigação de uma das principais complicações associadas à COVID-19, o TEP, mesmo em doentes sob profilaxia. A associação com tuberculose pulmonar terá contribuído para o desenvolvimento desta complicação.

PA n.º 1552

O fim da linha no comboio da Insuficiência Cardíaca - Reflexão sobre um caso

Pedro Simões(1);Andreia Diegues(1);Filipa Rodrigues(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Micaela Sousa(1);Sandra Sousa(1);Sara sá(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) Hospital Bragança

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, caracterizada por um declínio gradual da função cardíaca, intercalado por episódios de descompensação condicionado um maior agravamento do estado geral. A deterioração que não responde ao melhor tratamento médico/devices culmina na IC terminal. A intervenção multidisciplinar com foco nos cuidados paliativos visando o controlo de sintomas é essencial.
Caso clínico: Feminino, 56 anos. Antecedentes de cardiomiopatia dilatada não isquémica com IC de FE reduzida, classe NYHA III, portadora CRT-D, com terapêutica medica standard otimizada e doença renal estadio 5. Admitida em choque cardiogénico sendo recebida em cuidados intensivos onde teve necessidade de suporte aminergico, ventilação não invasiva e técnica de substituição renal. Ecocardiograma com depressão grave da função sistólica (15%). Referenciada para transplante cardíaco que recusou. Transferida para a enfermaria com caquexia importante, miopatia de desuso, perfil tensional baixo a condicionar fármacos modificadores de prognóstico e sem necessidade de diálise. Assumida IC avançada e realizada em internamento articulação com cuidados paliativos. Alta para domicílio de acordo com vontade da doente com seguimento por Cuidados Paliativos. Falecimento em cerca de 1 mês, em casa, por disfunção multiorgânica.
Discussão:Os elementos mais importantes na abordagem do doente com IC em fase terminal devem-se focar na melhoria da qualidade de vida, no suporte aos seus familiares e na avaliação dos sintomas associados. Porque nem só de cura e sucesso se faz a medicina, decisões relacionadas com suspensão de terapêutica ou intervenções fúteis, gestão da expectativa do doente e seus familiares em relação ao curso da doença, inevitabilidade da morte e diretivas antecipadas de vontade devem ser planeadas. Este caso reflete a importância do reconhecimento das fases avançadas de IC, da aceitação das opções dos doentes, privilegiando o melhor cuidado possível.

PA n.º 1558

Duas dores semelhantes, dois tumores diferentes

Pedro Moules(1);Maria m. Roque(1);Rita Palma Féria(1);Catarina Marques Dos Santos(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

O osso é o terceiro órgão mais afetado por doença metastática, após o pulmão e fígado. Tal como esperado, as neoplasias mais comuns na população, pulmão, próstata e mama, serão as mais prováveis de metastizar.
Apresentamos dois casos clínicos de neoplasia primária desconhecida com metastização óssea.
No primeiro caso, homem, 61 anos, com tabagismo ativo, carga tabágica de 100 unidades maço/ano (UMA). Admitido por quadro com 3 meses de evolução de perda ponderal, anorexia, sudorese noturna e dor na anca esquerda. Ao exame objetivo destaque para aspecto emagrecido e massa subcutânea da região dorsal e no bordo superior-externo do ilíaco esquerdo. Do estudo inicial, anemia de doença crónica com hipofolatémia, doseamento de antigénio específico da próstata (PSA) dentro da normalidade e sem alteração da função renal. Imagiologicamente com lesões líticas no 5º arco costal esquerdo e em D9. Tomografia computorizada (TC) de tórax, abdómen e pélvica que demonstrou lesão de grandes dimensões de partes moles, com destruição óssea ao nível do ilíaco esquerdo e lesão com cerca de 2cm no bordo inferior do rim direito. Realizou biópsia de lesão do ilíaco tendo o estudo histológico mostrado carcinoma renal cromófobo.
Em paralelo, apresentamos o caso de um homem, 83 anos, história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica e hiperplasia benigna da próstata. Admitido por dor no membro inferior esquerdo até à anca, com incapacidade para a marcha com 3 semanas de evolução, também com anorexia e perda ponderal nos últimos 3 meses. Do exame objetivo destaque para o edema do membro inferior esquerdo, com rubor e dor à palpação e sinais de flutuação presentes na anca esquerda. Realizou TC da coxa com referência a lesão expansiva de partes moles com necrose central e destruição do ilíaco esquerdo e invasão do acetábulo. A biópsia foi compatível com metástase de adenocarcinoma do pulmão.
Estes dois casos assemelham-se na sua forma de apresentação clínica, com queixa essencialmente de dor na anca esquerda e limitação funcional, mas também na sua forma de apresentação imagiológica com lesões de grandes dimensões que se revelaram facilmente abordáveis e essenciais para chegar ao diagnóstico final.

PA n.º 1559

Apresentação atípica de uma patologia tão conhecida

Pedro Moules(1);Maria m. Roque(1);Rita Palma Féria(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose tem afeção pulmonar em um terço dos casos, contudo poderá ter também apresentações atípicas, nomeadamente sob forma de abcesso. Estes casos ocorrem com maior frequência em doentes imunodeprimidos, normalmente pela infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH).
Apresentamos o caso de uma mulher de 51 anos, caucasiana, sem viagens recentes, com asma, rinite alérgica, obesidade e enxaqueca; sem medicação habitual. Admitida por dor na região lateral torácica direita, um dia de evolução, agravamento progressivo e dispneia de novo. Agrava com a inspiração profunda, tosse e movimentos rotatórios. Não tinha febre, quadro consumptivo ou sudorese nocturna. Ao exame objetivo sem sinais clínicos relevantes. Realizada angiotomografia computorizada de tórax sem evidência de tromboembolismo, mas com lesão de partes moles expansiva paravertebral no plano de T4 com destruição óssea. Analiticamente sem leucocitose, neutrofilia ou elevação de parâmetros inflamatórios. Sem alteração da função renal ou do valor de cálcio sérico. Eletroforese de proteínas sem alterações. Hemoculturas negativas. Serologia VIH 1/2 negativa.
Realizada biópsia da lesão torácica com aspiração de pus. Dos exames bacteriológicos e micobacteriológicos realizados, a referir cultura líquida positiva ao 11º dia com isolamento de Mycobacterium Tuberculosis complex.
Assumida tuberculose óssea e abcesso paravertebral com a mesma etiologia, a doente iniciou terapêutica antibacilar com boa evolução clínica.
Destacamos este caso pela forma rara de apresentação da tuberculose em doente não imunodeprimida. Retiramos dele a lição de que, mesmo que a probabilidade seja reduzida, a tuberculose é uma patologia que raramente deve ser excluída dos diagnósticos possíveis, sendo em muitos casos muito difícil de documentar.

PA n.º 1563

Prevalência de úlceras de pressão num internamento de Medicina

Pedro Moules(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Rita Palma Féria(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Catarina Marques Dos Santos(1);Bárbara Sucena Rodrigues(1);Maria m. Roque(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Medicina geriátrica

As úlceras de pressão estão entre as patologias mais frequentemente encontradas em doentes hospitalizados ou institucionalizados. Estas lesões resultam de um dano tecidual, que normalmente são causadas por compressão entre uma proeminência óssea e uma superfície extracorporal por um largo período de tempo. As suas localizações mais comuns são as regiões occipital, ombros, sacro, trocanteres e calcâneos. São um problema acrescido tanto para o doente, como para os sistemas de saúde, pela necessidade de prolongamento do internamento.
Foi realizado um estudo observacional com os objetivos de identificar a prevalência de úlceras de pressão nos doentes internados num serviço de Medicina Interna; classificá-las segundo o seu grau e identificar o risco de o doente desenvolver úlceras deste tipo; nos doentes já com lesão estabelecida, tentado apurar existência de relação com o seu grau de dependência e com o seu local de residência prévio ao internamento.
Efetuado estudo observacional transversal de um dia, dos doentes internados num Serviço de Medicina Interna, mediante a observação de um total de 88 doentes e consulta do seu processo clínico. Foram identificadas a presença ou não de úlceras, a sua gravidade e o seu local anatómico. Foi calculado também o risco de desenvolver úlcera utilizando a escala de Braden. Dos doentes observados (total de 88), 56% eram mulheres e 44% eram homens, com uma média de idades de 78 anos. 17% dos doentes apresentavam úlcera, sendo que das úlceras identificadas, 26,66% eram de grau I, 40% de grau II, 20% de grau III e 13,33% eram de grau IV. A maioria das úlceras de pressão localizavam-se na região sagrada (73,33%). Da avaliação da relação entre o local de residência e do grau de dependência com a presença de úlceras, apenas este último apresentou resultado com significado estatístico. Apurado que 61% dos doentes internados apresentavam risco elevado para desenvolvimento de úlceras.
A amostra de doentes não é significativa, contudo a prevalência de úlcera de pressão nesta população está dentro do intervalo identificado noutros estudos semelhantes. O risco acrescido, na maioria dos doentes, está relacionado com o seu elevado grau de dependência. Pretendemos com este estudo demonstrar que o desenvolvimento de úlceras em internamento é um tema atual e com necessidade contínua de melhoria e otimização de cuidados para melhorar a sua prevenção.

PA n.º 1567

Uma embolia raramente vem só: a importância da investigação etiológica

João Lázaro Mendes(1);Filipa Sousa(1);Gabriela Venade(1);Miguel Lázaro Mendes(1);Paula Manuel(1);Luís Costa Matos(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: Perante diversos achados semiológicos, analíticos e imagiológicos, existe a tendência para se estabelecer um diagnóstico unificador. Contudo, existem casos nos quais coincidem mais do que uma doença aguda. Em concreto, as infeções associam-se a um estado pró-coagulante e a fenómenos tromboembólicos, como se constatou com a pandemia de SARS-CoV-2. Também a Mycocobacterium tuberculosis foi associada a uma prevalência de 5,8% de embolismo pulmonar, de acordo com uma recente revisão sistemática. Neste contexto, reportamos um caso de diagnóstico simultâneo de embolia pulmonar e tuberculose pleural.

Caso clínico: Homem de 77 anos, autónomo, inicia em meados de Janeiro cansaço para médios esforços e tosse seca esporádica. Por aparecimento de toracalgia posterior direita, de características pleuríticas, recorreu ao SU a 8 de Fevereiro. Negava febre e perda ponderal. Na avaliação inicial constatou-se elevação de D-dímeros e da proteína C reativa, moderado derrame pleural direito e embolia pulmonar segmentar esquerda na TC contrastada. Procedeu-se a toracocentese com a saída de 400cc de líquido sero-hemático com critérios de Light para exsudado, 84% mononucleares, ADA 106.4U/L, microbiológico e citológico negativo. Atendendo à elevação da ADA, bem como à proporção de mononucleares sugestiva, admitiu-se tuberculose pleural, tendo iniciado anti-bacilares. Não se realizaram biópsias pleurais, por o risco superar o benefício. Manteve seguimento em ambulatório com boa evolução clínica e analítica.

Discussão: Na prática clínica, é necessário admitir-se a coexistência de duas patologias agudas. A embolia pulmonar associa-se frequentemente a um pequeno derrame pleural, mas, quando estes apresentam um maior volume, deve considerar-se a possibilidade de um quadro neoplásico ou infecioso previamente desconhecido. Nesses cassos é necessária uma investigação etiológica adequada. Como se evidencia pelo caso apresentado, esta abordagem é essencial para o tratamento efetivo.

PA n.º 1571
Paralisia periódica hipocalémica
Tiago José Guimarães Carvalho Costa(1);Luis Rocha(1);Raquel Moura(1);Sara Pinto(1);Sara Almeida Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Outro

Introdução:
As paralisias periódicas (PP) são doenças neuromusculares raras causadas por mutações nos genes dos canais de sódio, cálcio e potássio do músculo esquelético.
A paralisia periódica hipocalémica (HipoPP) é a forma mais comum de PP e caraterizase por episódios de fraqueza muscular potencialmente fatais.

Caso Clínico:
Jovem do sexo masculino, 24 anos, sem antecedentes de relevo, admitido na urgência por paralisia muscular dos membros inferiores e membro superior esquerdo, com 4 horas de evolução. Objetivamente, apresentava força muscular grau 2/5, com sensibilidade preservada e sem outras alterações ao exame neurológico. Sem história de exercício físico intenso, ou de consumo de diuréticos, analiticamente apresentava hipocaliemia de 2 mmol/L, com função renal e enzimas de citólise muscular sem alterações. Seis anos antes, teria apresentado episódio semelhante (K+ à admissão de 1.92 mmol/L), sendo que nessa altura se assumiu hipocaliémia associada ao esforço. Iniciada correção da hipocaliemia e completado estudo etiológico, tendo-se excluído alterações da função tiroideia, hiperaldosteronismo e acidose tubular renal. Após 24h de internamento, o doente teve alta assintomático, medicado com espironolactona 50mg qd e orientado para consulta externa. Em consulta, o estudo genético detetou a variante patogénica c.1583G>A p.(Arg528His) em heterozigotia no gene CACNA1S, que confirmou o diagnóstico de HipoPP.
Atualmente mantém-se assintomático, sem medicação, a aguardar consulta de aconselhamento genético.

Discussão:
Embora a HipoPP seja uma condição rara, deve ter-se um alto índice de suspeita, especialmente nos jovens que apresentam paralisia flácida e hipocalémia[SB1] . O tratamento agudo da HipoPP inclui reposição de potássio e hidratação. A prevenção é feita através uma dieta pobre em carboidratos, abstenção de exercícios vigorosos e medidas farmacológicas (p.e. diuréticos poupadores de potássio), que são usados quando as mudanças no estilo de vida não são eficazes. Uma vez que esta condição apresenta um risco aumentado de hipertermia maligna e necessita de cuidados particulares com eventuais cirurgias e exposição a anestésicos, bem como um risco de transmissão à descendência de 50%.

PA n.º 1578

Complicações da hipocoagulação em doentes internados

Marta Fonseca(1);Mário Ferreira(1);Joana Paulo(1);Filipa Nunes(1);Zélia Neves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: Os efeitos adversos associados à hipocoagulação são dos mais descritos durante o internamento hospitalar, nomeadamente complicações hemorrágicas. Sob diversas formas, a utilização de anticoagulantes é praticamente universal nos doentes internados, quer para o tratamento de patologias quer para profilaxia de eventos tromboembólicos venosos (TEV).
Objetivos e métodos: Análise descritiva retrospetiva dos efeitos adversos da hipocoagulação ocorridos numa população internada num hospital distrital entre janeiro de 2020 e abril de 2022. Foram analisados os processos informáticos dos doentes codificados, de acordo com a 10ª Codificação Internacional de Doenças, com os diagnósticos “hemorragia induzida por hipocoagulante” (D68.32) e “efeito adversos de hipocoagulante” (T45.515).
Resultados: Foram selecionados 59 doentes, com uma média de idades de 78 anos. 27 doentes (46%) iniciaram hipocoagulação naquele episódio e 13 doentes estavam com dose profilática. O fármaco mais utilizado foi a enoxaparina (91,5% dos casos). Em 39% existia o uso concomitante de antiagregação plaquetária. O principal motivo para a utilização de hipocoagulação terapêutica foi a fibrilhação auricular (30 doentes) e 28 destes apresentavam HAS-BLED ≥2.
Registou-se um total de 65 eventos adversos, 50 dos quais (77%) hemorrágicos. Objetivaram-se 15 trombocitopenias. Analisando os eventos hemorrágicos, a forma de hemorragia mais comum foram os hematomas (18 casos), 78% dos quais espontâneos. Em 4 dos eventos registou-se repercussão hemodinâmica e em 23 repercussão laboratorial, com necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário em 52% desses.
55 doentes (93.2%) suspenderam a hipocoagulação transitoriamente em consequência às complicações identificadas e 69% destes suspendeu-a definitivamente.
A destacar que em 6 doentes a dose de hipocoagulação não estava ajustada à taxa de filtração glomerular (TFG) à data da complicação.
Discussão: Apesar do reduzido intervalo de tempo analisado, destacamos a ocorrência de 65 eventos adversos em 28 meses em doentes sob terapêutica hipocoagulante, incluindo em dose profilática para prevenção de TEV. De realçar que a maioria dos doentes era idosa, que em 6 casos a dose do fármaco não estava ajustada à TFG e perto de 40% faziam uso de antiagregação plaquetária. 93% dos casos necessitaram de suspender o fármaco pelo menos transitoriamente.
Apesar da indicação terapêutica em diversas guidelines, a prescrição destes fármacos deve ponderar riscos e benefícios. Tendo em conta a predominância de doentes com idade avançada e múltiplas comorbilidades esse balanço deve ser ainda mais rigoroso, pois algumas dessas consequências podem ser graves e alterar o prognóstico do doente.

PA n.º 1580

Criptococose disseminada

Mariana Moniz Ramos(1);Inês Ambrioso(1);Frederica Ferreira(1);Natália Teixeira(1);Maria Inês Santos(1);Ivo Castro(1);João Cunha(1);Manuela Grego(1);Cristina Santos(1);Luis Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução
A criptococose é uma infecção sistémica provocada pelo Cryptococcus neoformans, sendo geralmente transmitida pela inalação de criptosporos. Ocorre maioritariamente em imunodeprimidos, afectando 2-10% dos doentes com SIDA. A apresentação clínica mais comum é a de meningoencefalite, podendo, no entanto, afetar outros orgãos. A apresentação da doença na forma disseminada é rara.
Caso Clinico
Mulher, 45 anos, internada por história de dor abdominal, diarreia, vómitos, suores noturnos e perda ponderal 23 kg em 2 meses com Tc abdominal e pélvica revelando a existência de múltiplas adenopatias retroperitoneais. A investigação analitica realizada revelou positividade para HIV1 (CD3+ 1103/ul; CD3+/CD4+ 45/ul; CD3+/CD8+ 906/ul; Relação DC4+/CD8+ 0.1), sendo negativas as serologias para hepatites viricas, leishmaniose, toxoplasmose, sifilis e infeção por vírus do grupo herpes. Teste de IGRA também negativo.
Pelo 3º dia de internamento veio a desenvolver erupção cutânea vesicular envolvendo predominantemente a face, acompanhada de febre e lentificação psicomotora.
Foram realizadas hemoculturas e exame do LCR tendo-se em ambos isolado Criptococos.
O exame histopatológico do produto de biópsia ganglionar e cutânea identificou igualmente a invasão tecidular pelo mesmo agente.
Concluiu-se assim pelo diagnóstico de criptococose disseminada. A doente veio a falecer ao 7º dia de internamento hospitalar.
Discussão
A criptococose é uma doença definidora de SIDA. Nestes doentes, a fase inicial de infeção respiratória passa muitas vezes despercebida, aumentando o risco de disseminação sistémica e envolvimento multiorgânico. O atingimento cutâneo secundário ocorre geralmente na fase terminal de infeção disseminada, em 10-15% dos doentes.
O caso clínico apresentado ilustra uma forma de apresentação rara e de mau prognóstico de criptococose.

PA n.º 1590

Tocilizumab no tratamento da Arterite de Células Gigantes de apresentação atípica-2 casos de sucesso

António Mateus-Pinheiro(1);Tiago Costa(1);Jorge Crespo(1);Jorge Fortuna(1);Sónia Moreira(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite granulomatosa não necrotizante dos médios e grandes vasos que atinge indivíduos com mais de 50 anos. Os sintomas mais comuns incluem cefaleia aguda, claudicação da mandíbula, língua ou membros e défices visuais. As características clínicas da polimialgia reumática (PMR) podem estar presentes antes, simultaneamente ou após o diagnóstico de ACG ser estabelecido. Outros apresentações raras incluem neuropatia periférica, tosse seca, dor orofaríngea ou acidente vascular cerebral. Nestes casos a gestão terapêutica carece de evidência cientifica robusta.

Caso 1: Mulher, 80 anos, seguida por quadro de fadiga, febre episódica, cefaleias, claudicação mandibular e dor à palpação das artérias temporais. Foi submetida a biópsia arterial que veio a confirmar a suspeita diagnóstica de AGC. Iniciou terapêutica com glucorticóides em alta dose, tendo evidenciado boa resposta clínica e analítica durante os primeiros meses de tratamento. Apresentou posteriormente recidiva caracterizada por perda progressiva da força muscular em contexto de neuropatia sensitivo-motora, sem reposta à corticoterapia. Progredimos na a imunossupressão com Tocilizumab (TCZ), tendo se verificado recuperação clinica e analítica em 3 meses

Caso 2: Mulher, 84 anos, previamente autónoma, com diagnóstico inaugural de AGC após AVC isquémico Foi medicada de imediato com lepicortinolo na dose de 1mg/Kg e Tocilizumab. Em 6 meses a doente passou de um quadro de dependência total para autonomia total das suas atividades de vida diária por recuperação dos défices inerentes ao AVC .

Discussão
Na ausência de um marcador fidedigno de actividade da doença, a decisão de introdução de TCZ deve ser baseada em critérios predominantemente clínicos. Aqui apresentamos dois casos que reflectem o valor desta arma terapêutica e discutimos a evidência existente à data sobre as opções terapêuticas disponíveis.

PA n.º 1594

Mesmo na escuridão há sempre uma solução

MARGARIDA DIAS AGUDO GOMES NETO(1);Adriano Novais Carvalho(2);Patricia Carneiro(1);Sonia Serra(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal (2) IPO Porto

Tema: Outro

Introdução: A patologia trombótica é uma das principais complicações do virus COVID 19. Este facto deve-se a sua apetência para receptores da Angiotensina 2, sobretudo no endotélio microvascular, com interferência na cascata de coagulação. Deste modo verifica-se a formação de trombos na microvasculatura com oclusão de capilares alveolares e arteríolas pulmonares. Neste contexto inicia-se anticoagulação com duração preconizada entre 3 a 6 meses. Com a resolução do quadro viral, os mecanismos trombogénicos cessam, verificando-se repermeabilização total do património vascular e suspensão da anticoagulação.
Objectivos: Rever os processos clínicos bem como exames de imagem dos doentes seguidos em consulta trombose pós COVID que tiveram Tromboembolismo Pulmonar, tendo em vista acompanhar a sua evolução clinica e imagiológica bem como verificar potenciais factores de risco a ocorrência destes eventos nos doentes COVID.
Materais e Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo dos doentes seguidos na consulta de trombose pós COVID durante 1 ano e que apresentaram tromboembolismos pulmonares tendo por base a consulta dos processos clínicos registados em SClinico. Análise de dados realizada com recurso ao SPSS®.
Resultados: Constatou-se que durante o ano de 2021 foram observados 50 doentes em consulta de trombose e hemostase pós COVID. Nesta amostra populacional, verificou-se que 54% dos doentes eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino, apresentando uma média de idades de 62,5 anos. O tromboembolismo pulmonar (TEP) foi o diagnóstico principal em 90% dos doentes. Destes, 35,6 % apresentaram TEP subsegmentar, 31,1% TEP segmentar e 33,3% ambos os diagnósticos. Nenhum doente era portador de trombofilias e/ou alterações prévias na coagulação. Todos os doentes estavam anticoagulados com NOACS. Após 6 meses verificou-se que os doentes apresentavam repermeabilização total do património vascular e foi suspensa anticoagulação, sem recidiva de evento trombótico. Apenas um manteve defeitos de preenchimento vasculares subsegmentares crónicos.
Conclusões: O virus COVID 19 tem elevado potencial trombótico sendo o tromboembolismo pulmonar a sua principal complicação. Conforme está descrito na literatura, os pequenos vasos pulmonares são o territorio vascular predonimantemente afectado. Com a resolução do processo viral e, após instituição de anticoagulação, estas complicações são revertidas. Deste modo, serve a presente analise estatistica, para alertar para a existência e comportamento destes fenomenos trombóticos associados ao COVID 19. Apesar da sua gravidade, a instituição de terapêutica adequada permite a sua resolução sem existência de sequelas e ou recidiva na vasculatura pulmonar.

PA n.º 1604
Do inespecífico ao específico
Ana Luís Vasconcelos(1);Valentim Lopes(1);Luísa Dornelas(1);Diogo Lopes(1);Vanessa Palha(1);Teresa Pimentel(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
As infeções víricas têm uma apresentação inespecífica, quase sempre ligeira e transitória. Em certos cenários é determinante identificar o agente etiológico.

Caso Clínico:
Homem, 50 anos, autónomo, com hipertensão arterial. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre (máximo 38,5ºC), vómitos e diarreia não sanguinolenta há 1 semana. Referia cefaleia holocraniana, astenia e rash eritematoso no dorso. Sem adenopatias, otoscopia e exame da orofaringe sem alterações. Análises com pancitopenia: anemia macrocítica (Hb 10,0g/dL), leucopenia (3700/uL) sem linfopenia e trombocitopenia (41000/uL), assim como elevação da proteína C reativa (58,20 mg/L).
O estudo alargado mostrou défice de vitamina B12, sem défices de ferro ou ácido fólico, electroforese de proteínas séricas sem picos monoclonais e função tiroideia normal. Exame parasitológico de fezes e coproculturas negativas. As serologias víricas mostraram contacto prévio com o vírus da hepatite A, CMV, EBV e herpes I. Os anticorpos para VIH, hepatite B e hepatite C foram negativos. O teste confirmatório para VIH (western blot) foi também negativo.
A história detalhada revelou contactos sexuais desprotegidos com vários parceiros no último mês e evicção do consumo de carne há 3 anos. Perante a suspeita de um síndrome retrovírico agudo foi doseada a carga viral e citometria de fluxo dos linfócitos. Foram detectadas mais de 3 milhões de cópias/mL do vírus e inversão do rácio CD4/CD8 com 600/uL linfócitos T CD4.
Confirmada a infeção aguda por VIH, subtipo A, sem mutações que confiram resistência aos antirretrovirais, iniciou terapêutica com darunavir/ cobicistat/emtricitabina/tenofovir.

Discussão:
Após a infeção aguda por VIH, há um período de janela no qual não é detectado o antigénio p24, nem anticorpos circulantes, sendo o RNA viral a única forma de diagnosticar a infeção. É nesta fase de transição, 3 a 6 semanas após a infeção primária, que ocorre o síndrome retrovírico agudo.
Este diagnóstico depende da suspeita clínica e do uso de testes laboratoriais adequados, consoante a fase da infeção.

PA n.º 1605

COLITE A CITOMEGALOVÍRUS NO IMUNOCOMPETENTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Tinoco Magalhães(1);Rita Relvas(1);Tatiana Oliveira(1);Rita Valadas(1);Rita Gonçalves Correia(1);Patrícia Cipriano(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O envolvimento gastrointestinal na infeção a citomegalovírus (CMV) é incomum em doentes imunocompetentes. No entanto, quando está presente, ocorre mais frequentemente em doentes idosos com comorbilidades, podendo causar morbimortalidade significativa. Os autores apresentam um caso de colite a CMV num doente imunocompetente.

Caso clínico:
Um homem de 76 anos, diabético com bom controlo metabólico e com história de internamento recente com o diagnóstico assumido de sépsis de ponto de partida abdominal para o qual cumpriu ciclo de antibioterapia empírica com ciprofloxacina e metronidazol, é internado por recorrência de diarreia. Laboratorialmente, apresentava lesão renal aguda com acidémia metabólica e hipercaliémia e elevação da proteína C reativa, sem leucocitose ou neutrofilia. As hemoculturas, coproculturas, exame parasitológico das fezes e pesquisa de toxina de Clostridioides difficile foram negativas. A calprotectina fecal encontrava-se significativamente elevada (4770 ug/g). A tomografia computorizada abdominal identificou espessamento parietal difuso do cólon, com aspeto inflamatório, razão pela qual foi realizada colonoscopia, da qual se destaca a presença de múltiplas úlceras em toda a sigmoide, cuja anatomia patológica dos produtos de biópsia revelou a presença de CMV na pesquisa imunohistoquímica. As serologias solicitadas no seguimento foram positivas (IgM e IgG com alta avidez). Admitiu-se, assim, o diagnóstico de colite a CMV, para a qual o doente cumpriu ciclo de 3 semanas de valganciclovir com resolução completa das queixas de diarreia.

Conclusão:
A colite é a forma mais prevalente de infeção gastrointestinal pelo CMV. Não existe apresentação típica, sendo muitas vezes caracterizada pela presença de diarreia que não responde a antibioterapia ou terapêutica dirigida a uma eventual doença inflamatória intestinal. Pode, por vezes, ser sanguinolenta, confundindo-se também com colite isquémica. Embora surja muito mais frequentemente associada a estados de imunossupressão, é importante manter um elevado grau de suspeição mesmo em doentes imunocompetentes e reconhecer esta entidade precocemente no curso da doença para prevenir outcomes negativos, particularmente quando já foram excluídas outras etiologias mais comuns.

PA n.º 1631

Um caso raro de lesões cavitadas: Granulomatose com Poliangeíte

m. Joao Moura(1);a. Beatriz Ferreira(1);Cristina Rosário(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO

A Granulomatose com Poliangeíte é uma doença sistémica rara, de etiologia desconhecida e sem predominância de género. Caracteriza-se pela formação de granulomas necrotizantes e vasculite de pequenos vasos, que envolvem, principalmente, as vias aéreas superiores, pulmões e rins. Este caso destaca-se pela severidade da apresentação pulmonar e pela ausência de atingimento renal e ORL que ocorrem em 80% dos casos.

RESUMO

Mulher de 45 anos, saudável que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva esporadicamente hemoptóica, hemitoracalgia direita do tipo pleurítico e poliartralgias simétricas de ritmo inflamatório com 18 dias de evolução. Associadamente apresentava hipersodurese de predomínio noturno, febre, astenia e perda ponderal não significativa. Ao exame objetivo apresentava “ar doente”, astenia e artralgias severas a limitar a funcionalidade e execução das AVDs. Estabilidade hemodinâmica, febril, com saturação periférica de oxigénio de 99% em ar ambiente. Apresentava petéquias na arcada dentária superior, auscultação cardíaca e pulmonar e exame articular sem alterações. Analises com elevação da VS e proteína C reativa, ANCA anti-PR3 positivos, função renal e urina tipo II sem alterações. Tomografia computorizada com 3 lesões pulmonares cavitadas bilaterais, a maior de 55mm, com biópsia brônquica com achados compatíveis, mas insuficientes para o diagnóstico de vasculite. Avaliação por otorrinolaringologia irrelevante.
Iniciou corticoterapia seguida de Rituximab. Constatada melhoria lenta mas sustentada e recuperação funcional.

DISCUSSÃO

Apresentamos este caso pela sua exuberância clínica de apresentação, bem como pela raridade de apresentação de vasculite ANCA com atingimento pulmonar exclusivo sob a forma de lesões cavitadas. Salientamos a importância de se pensar neste diagnóstico diferencial na presença de lesões cavitadas pulmonares, mesmo na ausência de atingimento dos sistemas mais frequentemente afetados nesta patologia.

PA n.º 1650

Adaptações Fisiológicas no Coração do Desportista: Até que ponto serão benéficas?

Rosária Catarina Leal(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Outro

The effects of physical activity on human beings have been extensively researched for some time now.
Initial studies in the late 1890's and early 1900's documented an increase in cardiac size in professional athletes with no previous record of cardiovascular disease. Such findings have been analyzed extensively over the last century and continue to puzzle the medical community, despite the fact that it is now well established that a regular and long-term practice of physical exercise results in significant structural and functional changes to the myocardium.
This process, named exercise-induced cardiac remodeling (EICR), more commonly known as Athlete's Heart, entails a number of structural cardiac modifications, including left ventricular hypertrophy with a sport-specific geometry (eccentric vs. concentric), systolic and diastolic dysfunctions, and electrical remodeling of the heart (detectable through electrocardiographic testing).
The rising popularity and interest in recreational exercise and competitive athletic pursuits has led to a progressive increase in these findings in routine care, making it crucial to clearly distinguish an adaptive cardiovascular response from other pathological variations found in hereditary or acquired cardiomyopathies.
The aim of this thesis is the gathering of information on the abnormalities found in athletes that are deemed benign or pathological, in order to understand their clinical significance, and to explore the mechanisms adopted by the American Heart Association and the European Society of Cardiology in the evaluation prior to competitions of individuals involved in competitive sports, thus minimizing the risk of sudden cardiac death associated with the practice of sports.

PA n.º 1658

Emergência hipertensiva – o contributo da obesidade

Ana Rita Branco(1);Patrícia Tinoco Araújo(1);Alda Andrade(1);Fernando Lemos(1);Diogo Alves(1);Pedro Pinto(1);António Ferreira(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO:
A hipertensão arterial (HTA) é uma doença cardiovascular que pode ter diferentes apresentações. A apresentação é maioritariamente assintomática, no entanto, pode ser aguda, sintomática, grave com associação a lesão de órgão alvo.

CASO CLÍNICO:
Homem, 29 anos, antecedentes de obesidade (IMC 45Kg/m2), fumador e com HTA desde os 15 anos, sem seguimento médico, recorreu ao serviço de urgência (SU) a 18/04/2018 por cefaleias, náuseas e vómitos associados a HTA (232/147mmHg). Internado na unidade de cuidados intensivos por emergência hipertensiva com afeção multiorgânica: encefalopatia hipertensiva, lesão renal aguda e proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda e retinopatia hipertensiva. Teve alta sob 3 antihipertensores, orientado para a consulta de Medicina Interna, com múltiplas faltas à mesma e má adesão terapêutica.
A 07/06/2019 é trazido ao SU por tonturas de início súbito associadas a desequilíbrio e alterações da marcha. Apresentava-se hipertenso (242/150mmHg). Tomografia computorizada craniana mostrou um hematoma intra-axial no vérmis ântero-inferior, sem hidrocefalia. Internado na unidade de cuidados intermédios por emergência hipertensiva com atingimento cerebral, renal e cardíaco. Todo o estudo de causas secundárias de HTA foi negativo à exceção da obesidade. Após melhoria progressiva neurológica, resolução imagiológica da hemorragia cerebral e controlo tensional com clonidina, nitroglicerina, amlodipina, espironolactona, furosemida, bisoprolol, perindopril e indapamida per os, teve alta com exame neurológico sem alterações, orientado para consulta de Medicina Interna. Posteriormente, com intervenção nutricional e exercício físico, foi possível redução do peso significativa (IMC 29kg/m2) e consequente redução de terapêutica antihipertensiva, estando atualmente sob a associação de perindopril, indapamida e amlodipina.

DISCUSSÃO:
O presente caso clínico demonstra as consequências potencialmente catastróficas da HTA não controlada num doente jovem e a importância da abordagem e controle da obesidade como fator importante para o controlo adequado da HTA.

PA n.º 1671

Ter uma neoplasia antes de a ver - um síndrome paraneoplásico raro

Manuel de Albuquerque(1);Cláudia Neves(1);Inês Urmal(1);João Teixeira(1);Pedro Mesquita(1);Beatriz Barata(1);Elisabete Sousa(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Frade(1);Maria Rebelo(1);Catarina Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças raras

A mielopatia longitudinalmente extensa (MLE) refere-se a uma lesão substancial da medula espinhal que se estende por três ou mais segmentos vertebrais. É uma síndrome relativamente rara com etiologia diversa - autoimune (50% dos casos), degenerativa (13%), vascular (10%), neoplásica/paraneoplásica (7%) ou infecciosa (4%).
Mulher, 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial, apresenta quadro de astenia e lentificação psicomotora com 9 meses de evolução, diminuição da iniciativa para a fala e, no último mês, paraparesia e disartria. À observação destaca-se atrofia muscular generalizada, lentificação dos movimentos oculares, paraparesia, hipertonia e hiperreflexia mais à direita, disfagia e disartria, a evoluir com tetraparesia flácida, afasia e compromisso de esfíncteres. A ressonância magnética craneoencefálica e da coluna identifica apenas marcada atrofia holomedular cervico-dorsal. Punção lombar com exame citoquímico e cultural negativos. Electromiograma sem alterações a favor de doença do neurónio motor. Do ponto de vista analítico, destaca-se positividade para anticorpo onconeuronal antiZic4, frequentemente associado a MLE como síndrome paraneoplasico de carcinoma do pulmão pequenas células. Para estudo de neoplasia realizou tomografia computorizada e tomografia por emissão de positrões com estudo broncofibroscópico e biopsia dirigida a 2 nódulos pulmonares suspeitos com alterações de carácter inespecífico. Realizou corticoterapia sistémica tendo-se observado melhoria sustentada do quadro neurológico. Optou-se então por manter o seguimento em ambulatório e vigilância dos nódulos pulmonares.
Interessa constatar que o diagnóstico final é uma patologia rara com carácter de diagnóstico de exclusão após cuidadosa investigação. Poderá não se tratar de um diagnóstico definitivo, consoante evolução clínica e novos exames. Em pleno século XXI a medicina ainda apresenta limitações importantes no século XXI, que nos obrigam por vezes a assumir diagnósticos imperfeitos.

PA n.º 1672

Paniculite mesentérica como forma de apresentação de doença celíaca

Filipa Fernandes Pereira(1);Raquel Calisto(2)
(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: A paniculite mesentérica (PM) é um processo inflamatório que envolve o tecido adiposo mesentérico, associada a múltiplas patologias e faz diagnóstico diferencial com linfoma, a complicação neoplásica mais comum na doença celíaca (DC). Existem escassos casos clínicos que associam ambas as entidades, e este destaca-se pela presença de PM como complicação da DC não tratada na ausência de doença linfoproliferativa.
Caso clínico: Sexo masculino, 30 anos, com trissomia 21 e antecedentes giardíase intestinal durante a infância, tratada, mantendo história de diarreia intermitente e distensão abdominal de longa data. Referenciado por elevação de transaminases (AST 60 U/L, ALT 136 U/L), hipocalcemia (Ca2+ 0.950 mmol/L), défice de folato (2.20 ng/mL) e de vitamina D (11 ng/mL), hipergamaglobulinemia e uma ecografia abdominal sugestiva de PM. Fez tomografia (TC) abdominal com presença de gânglios mesentéricos, num padrão compatível com PM. Suspeitou-se de doença celíaca, atendendo à clínica e estudo analítico, que veio a ser confirmada - anticorpos anti-gliadina A e transglutaminase positivos e biópsia duodenal concordante, sem sinais de malignidade. Iniciou dieta com evicção de glúten, com resolução do quadro abdominal e das alterações analíticas após 6 meses. Repetiu TC, com desaparecimento dos sinais de PM.
Discussão: A DC não tratada associa-se a complicações, a mais grave delas o linfoma de células T associado a enteropatia, ao qual a PM por vezes se associa. Existem 2 casos relatados desta inflamação em adultos com DC, coexistindo num deles linfoma de células T. No atual caso, o estudo imagiológico e endoscópico afasta a hipótese de neoplasia, a excluir dada a trissomia 21 e DC não tratada, ambos fatores de risco. Este é dos primeiros casos relatados de PM associada a DC como complicação da mesma isoladamente, relação esta sustentada pela resolução das alterações mesentéricas com a dieta.

PA n.º 1674

Púrpura de Henoch-Schönlein na idade adulta

Clara Pinto(1);Inês Pinheiro(1);João Faia(1);Ana Paiva Santos(1);Ana Érica Ferreira(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite de pequenos vasos com deposição de imunocomplexos IgA. É mais comum em crianças. Carateriza-se por púrpura palpável em doentes sem trombocitopenia ou coagulopatia, artralgias, dor abdominal e compromisso renal.
Caso Clínico: Mulher de 59 anos recorreu ao serviço de urgência por púrpura palpável, dor abdominal e noção de febre com um dia de evolução associada a astenia com cinco dias. Toma recente de AINES por omalgia, suspendida uma semana antes do início do quadro. Sem antecedentes pessoais relevantes. À admissão, lesões petequiais palpáveis inicialmente até ao joelho com progressão ascendente e artralgias a nível do cotovelo direito e tornozelos do tipo inflamatório.
Analiticamente, aumento dos parâmetros inflamatórios, do rácio proteínas/creatinina (0.70 g/g) e das cadeias leves kappa e lambda. Proteinúria nefrótica (6407 mg/24h) e hematúria microscópica. Complemento normal. Serologias víricas negativas. Do estudo de auto-imunidade a destacar anticorpos antinucleares positivos (1/160). Hemoculturas negativas.
No internamento, boa evolução das lesões cutâneas. Contudo, em D5 iniciou quadro de cólicas abdominais e hematoquézias. Estudos endoscópicos sem alterações. TC abdominal excluiu isquemia mesentérica. Face aos achados, realizada biópsia renal que foi compatível com nefropatia por IgA. Iniciado corticóide endovenoso com switch para oral e redução progressiva de dose com boa resposta clínica.
À alta, com declínio da função renal (creatinina 1.54 mg/dl, TFGe 37 mL/min) tendo indicação para seguimento.
Discussão: A púrpura de Henoch-Schönlein é uma doença rara em adultos. Devido ao atingimento multiorgânico, apenas a suspeita pode levar ao diagnóstico. Neste caso clínico, salienta-se a importância do seguimento destes doentes, nomeadamente a nível renal, pelo risco de progressão para doença renal crónica.

PA n.º 1675

INFEÇÃO DA PRÓTESE DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL: UM CASO RARO DE SÍNDROME FEBRIL

Ana Rita Ramos(1);Márcia Melo(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Unidade de Torres Novas

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: O Aneurisma da Aorta Abdominal define-se como uma dilatação focal da aorta abdominal. Quando indicado, o tratamento de eleição passa pela reparação endovasular com uma endoprótese. Existem diversas complicações inerentes à cirurgia endovascular, de entre elas a infeção assume 0,4 a 3% com uma taxa de mortalidade de 25 a 50%.

CASO CLÍNICO: Homem de 76 anos com antecedentes pessoais relevantes de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal submetido a cirurgia de urgência em Março/1017. Dirigiu-se à urgência em Agosto de 2019 por história de febre de predomínio noturno e vespertino com sudorese noturna com 3 dias de evolução, associada a astenia e perda ponderal não quantificada. Analiticamente apresentava leucocitose, anemia normocítica normocrómica e PCR aumentada de 21mg/dL. Realizou sumária de urina, RX Tórax e ecografia abdominal que não apresentavam alterações de relevo. O doente foi internado na Medicina por febre sem foco e anemia crónica agudizada com necessidade transfusional.
De entre os diversos exames complementares realizados durante o internamento, o doente efetuou uma colonoscopia virtual que demonstrou sinais de infeção da prótese colocada para correção de aneurisma. Após discussão do caso com Cirurgia Vascular realizou-se cintigtrafia de corpo inteiro marcada com leucócitos que confirmou o diagnóstico. O doente foi posteriormente transferido para o Serviço de Cirurgia Vascular.

CONCLUSÃO: Apesar da infeção da prótese do aneurisma ser algo raro, este caso serve para alertar a possibilidade desta identidade na prática clínica. Mostra também a complexidade que um doente com uma febre sem foco, uma identidade tão comum pelo mundo da Medicina.

PA n.º 1695

Atentar aos sinais inespecíficos de endocardite subaguda

Sara Neves de Carvalho(1);Carolina Guedes(2);Cristina Rosário(2);Cátia Teixeira Cunha(2);Gracieta Malangatana(2)
(1) IPO Porto (2) ULSMatosinhos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A endocardite infecciosa (EI) pode apresentar-se de forma aguda ou subaguda. Estudos mostram elevada incidência de complicações subclínicas. O Streptococus gallolyticus (SG) é um agente típico de EI e apresenta-se frequentemente de forma indolente, com sintomas inespecíficos e/ou resultantes de complicações tardias da infeção, nomeadamente fenómenos imunológicos e de embolização séptica. A necessidade de técnica de substituição renal (TSR) à admissão é preditor de mau prognóstico.
O seguinte caso exemplifica como a inespecificidade e variabilidade de sintomas pode adiar o seu diagnóstico

Caso clínico:
Mulher, 81 anos, com síndrome constitucional, melenas, febre vespertina associada a hipersudorese noturna e lombalgia com cerca de 6 meses de evolução com múltiplas idas aos cuidados de saúde. Admitida por agravamento das queixas. Ao EO: Mau estado geral. Rash petequial exuberante dos membros inferiores, superiores e tronco. Sopro sistólico grau III/VI no foco aórtico. Constatada elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda (LRA) AKIN III com acidemia metabólica e anemia microcítica/hipocrómica. Iniciou ceftriaxone empírico e TSR.
Foi isolado nas HC SG. Realizou ecocardiograma transtorácico que confirmou o diagnóstico de EI das válvulas aórtica e mitral. O restante estudo identificou lesões cerebrais de etiologia embólica. Quanto à LRA, após exclusão de outras etiologias, assumida glomerulonefrite rapidamente progressiva para-infecciosa.
Evoluiu de forma desfavorável, com quadro de insuficiência cardíaca (IC) refratária, sem indicação cirúrgica, delirium e manutenção da disfunção renal, tendo vindo a falecer.
Dada a rápida evolução, não foi possível excluir neoplasia do sistema digestivo ou osteomielite, entidades frequentemente associadas a EI por S. gallolyticus.

Discussão
Um baixo limiar de suspeição clínica é necessário para um diagnóstico precoce da EI subaguda. A mortalidade hospitalar chega aos 30%. A idade e a IC são preditores independentes da mortalidade.

PA n.º 1697

Quem é quem? - Uma apresentação subtil de neoplasia mestastizada

Rita Palma Féria(1);Pedro Moules(1);Catarina Marques Dos Santos(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

O cancro do pulmão é das principais causas de mortalidade oncológica, o que se deve diretamente ao seu diagnóstico tardio, com apresentações associadas a metastização, classicamente cerebral, hepática, óssea e suprarrenal. Descrevemos o caso de uma mulher de 61 anos, autónoma. História de tabagismo crónico não ativo 60 UMA, sem outros antecedentes de relevo, sem seguimento médico regular. Quadro de datação imprecisa de queixas subjetivas da memória e do comportamento a evoluir para abulia e adinamia a determinar acamamento e recusa alimentar. Admitido quadro depressivo grave, mas sem resposta a` terapêutica, pelo que é trazida ao Serviço de Urgência. Sem outra sintomatologia neurológica, constitucional ou de outros sistemas.
Objetivamente lentificada, sem défices focais, massa abdominal mal delimitada a preencher hipocôndrio direito e epigastro, sem outras alterações. Sem anemia ou elevação de parâmetros inflamatórios, discreta elevação de parâmetros de citocolestase e LDH.
Realizou TC-CE com múltiplas lesões de sugestão secundária, com envolvimento frontal e parietal, com extenso edema peri-lesional. TC corpo que revelou nódulo pulmonar suspeito, adenopatias mediastínicas, volumosa massa hepática (10.4cm) também suspeita.
Caracterização histológica através de biópsia aspirativa da massa hepática que revelou metástase de adenocarcinoma, com imunofenotipagem a confirmar diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão com metastização do sistema nervoso central e hepática única. Regressão progressiva das alterações mnésicas, linguagem e comportamento sob corticoterapia, orientada a consulta multidisciplinar.
Este caso exemplifica o paradigma do diagnóstico tardio de neoplasia do pulmão, que continua a condicionar um prognóstico reservado, apesar dos importantes avanços terapêuticos. Ilustra ainda o desafio diagnóstico perante metastização multiorgânica, neste caso dificultado pela sintomatologia subtil de metastização cerebral e pela forma rara de metástase hepática solitária.

PA n.º 1702
Doença Pneumocócica Invasiva
Bruno Sousa(1);Eulália Antunes(1);Rui Jorge Silva(1);Joana Rita Lopes(1);Sofia Caridade(1);Isabel Silva(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A doença pneumocócica invasiva é definida como infeção confirmada pelo isolamento de Streptococcus pneumoniae em material biológico habitualmente estéril. Neste contexto, quando a bacteriemia está presente, podem ocorrer complicações secundárias, como artrite, meningite ou endocardite.
Caso clínico: Doente de 81 anos, previamente autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e hipotiroidismo. À admissão no serviço de urgência com queixas de dor na anca e joelho, SpO2 86% e auscultação pulmonar com murmúrio mantido e crepitações dispersas. Concomitantemente com insuficiência respiratória tipo I e análises com leucocitose (leucócitos 17500 µL com 96,4% de neutrófilos), rabdomiólise e antigénio urinário pneumococo positivo. Radiografia do tórax com condensação. Diagnóstico de pneumonia pneumocócica internada e medicada empiricamente com Ceftriaxone + Claritromicina. Em internamento complicou com artrite migratória, endocardite e pancitopenia interpretada como infecciosa. Neste contexto, houve necessidade de múltiplas alterações e prolongamento de esquema antibiótico. Em dia 47 foi colocado dreno torácico direito com saída de grande quantidade de líquido pleural que se confirmou tratar de empiema + quilotórax. Por agravamento progressivo do estado geral com progressiva diminuição da reserva funcional, emagrecimento e sarcopenia fui decidido como plano, a não escalada de medidas terapêuticas. Ao dia 56 a doente acabou por falecer sem recorrer a suporte avançado de vida dada gravidade da doença e debilidade geral.
Discussão: A doença pneumocócica invasiva apresenta elevada mortalidade (~15-20%). Com esta apresentação clínica pretendemos enquadrar o contexto de doença pneumocócica invasiva complicada e o seu desfecho comumente adverso, principalmente, em doentes de risco aumentado dado a idade.

PA n.º 1715

Ascite de Causa Não Esperada – A Propósito de um Caso Clínico

Patrícia Tinoco Araujo(1);Ana Rita Branco(1);Rosana Maia(1);António Ferreira(1);Augusta Silva(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
O internista contacta diariamente na prática clínica com doentes com ascite, contudo o esclarecimento da sua etiologia pode constituir um verdadeiro desafio.
Caso Clínico
Mulher, 77 anos. IC hipertensiva e valvular. Recorreu ao SU a 07/2020 com 3 meses de evolução de dor abdominal nos quadrantes inferiores, aumento do volume abdominal, náuseas, anorexia, perda ponderal (5Kg) e enfartamento pós-prandial. Exame físico: ascite de moderado volume e dor à palpação abdominal. Do estudo: hemograma e perfil hepático sem alterações, albumina 3.9g/dL, BNP 66.7pg/mL, serologias negativas, VS 10mm. TC TAP: moderado derrame pleural à direita, ascite de grande volume, derrame pericárdico mínimo, ligeiro espessamento gástrico, sem hepatoesplenomegalia. Gradiente albumina soro-ascite <1.1. Internada para estudo. EDA e EDB sem alterações. ANA, ANCA e marcadores tumorais negativos. Realizada toracocentese: exsudado. Broncofibroscopia sem alterações. Bacteriológico, micobacteriológico e citologia do líquido pleural e ascítico negativas. Sob terapêutica diurética sem melhoria. Orientada para consulta de Medicina Interna para prosseguir estudo de possível polisserosite. Reavaliação imagiológica: resolução do derrame pleural e pericárdico, persistência de ascite de grande volume. PET: normal. Perante estudo extenso sem etiologia identificada, iniciou corticoterapia sem resposta. Reinternada a 11/2020 por manter perda ponderal (15Kg). Como intercorrência – hérnia inguinal encarcerada à esquerda, corrigida cirurgicamente. Na alta reencaminhada para a consulta – em 2 anos sem recorrência da ascite, concluindo-se como causa da ascite a hérnia provavelmente com períodos de encarceramento transitórios.
Discussão
Existem casos descritos na literatura de hérnias inguinais secundárias a ascite, pelo aumento da pressão intra-abdominal. Este caso é peculiar pela constatação do inverso – ascite sem etiologia aparente após estudo extenso, que apenas resolve com correção cirúrgica de hérnia.

PA n.º 1718
Embolia paradoxal "a dobrar"
Inês Amarante(1);Fabiana Duarte(1);João Medeiros(1);Johanna Jesus(1);Marlene Estácio(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças cardiovasculares

A embolia paradoxal ocorre por transposição de um trombo da circulação sistémica venosa para a arterial através de um defeito cardíaco, tendo como consequência mais frequente o acidente vascular cerebral (AVC). O Forâmen ovale patente (FOP) ocorre em 25-30% da população geral com apenas uma minoria a experimentar complicações tromboembólicas.
Mulher com 45 anos, não fumadora, sem contracepção oral, história de dois abortos espontâneos no 1º trimestre, obesa e com hipotiroidismo. Admitida no Serviço de Urgência por cervicalgia súbita com irradiação para o membro superior esquerdo e dispneia. Na observação, apresentava-se polipneica e com diminuição da força, poiquilotermia e palidez do braço esquerdo. Gasometria com alcalémia respiratória e hipoxémia; análises com elevação de D-dímeros e de marcadores de necrose do miocárdio. Ecodoppler urgente sem fluxo arterial na umeral esquerda (excluída trombose venosa dos membros inferiores). Angiotomografia pulmonar confirmou tromboembolismo pulmonar bilateral e trombose da artéria axilar distal esquerda. Submetida a tromboembolectomia e anticoagulada com heparina. Ecocardiograma transtorácico na admissão com cavidades direitas dilatadas e PSAP estimada de 60mmHg. No 3º dia de internamento com vertigem e desequilíbrio na marcha; tomografia crânio-encefálica com lesão isquémica subaguda do hemisfério cerebeloso direito. Posterior ecocardiograma transesofágico confirma presença de FOP e ausência de trombos intra-cardíacos. Estudo de trombofilias hereditárias e adquiridas negativo bem como o estudo de causas neoplásicas. Alta referenciada a consulta de Cardiologia para encerramento de FOP.
Com este caso salienta-se que a tromboembolia pulmonar bilateral, na presença de FOP, terá favorecido a ocorrência dos dois fenómenos de embolismo paradoxal registados (sendo a oclusão arterial aguda rara). Deverá também ser dada particular atenção ao eventual início de sintomas neurológicos em doentes com trombose venosa e FOP.

PA n.º 1737
Q febre é esta?

Luís Miguel Pereira(1);Tatiana Oliveira(1);Ana Gorgulho(1);Natália Fernandes(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A Febre Q é uma zoonose com distribuição global causada por Coxiella burnetii, uma gama-protobacteria intracelular obrigatória. Os reservatórios da doença são maioritariamente carraças, mas são os mamíferos, que frequentemente não apresentam sintomatologia, os principais causadores de infecção no humano, isolando-se C. burnetii na urina, fezes, leite e na placenta de animais infectados.
A infecção em humanos pode ocorrer por diversos mecanismos: inalação de aerossóis em ambientes contaminados por esporos, muito resistentes e que possibilitam a viabilidade durante um longo período de tempo, inoculação cutânea, consumo de produtos de animais infectados, transfusão de sangue ou via materno-fetal. A transmissão inter-humana é rara.
A apresentação da febre Q pode ser aguda ou crónica, podendo configurar-se desde assintomática a doença severa.
Reporta-se o caso de um homem de 41 anos, sem antecedentes pessoais, trabalhador da construção civil em zona rural. Quadro de 10 dias de febre (38-39ºC), com 4 picos diários, calafrios, mialgias e artralgias. Previamente medicado com cotrimozaxol com melhoria parcial, mas recidiva da febre. Na observação inicial apresentava-se febril, sem adenopatias palpáveis e sem clínica indiciadora de infecção. Analiticamente a realçar padrão de citólise hepática, hiponatrémia e aumento de parâmetros inflamatórios sem leucocitose.
Serologias para VIH e vírus hepatotróficos, assim como pesquisa de SARS-CoV-2 foram negativas. Dos exames de imagem realizados a realçar hepatomegalia, com quistos milimétricos – interpretado como achado. O estudo de zoonoses foi positivo para anticorpo Anti-Coxiella burnetti IgM e IgG de FASE II, consistente com fase aguda de Febre Q. Ecocardiograma eliminou atingimento cardíaco.
Iniciou terapêutica com doxiciclina com melhoria laboratorial e clínica, sem novos picos febris.
Com este caso pretende-se elaborar uma revisão teórica sobre Febre Q, a sua epidemiologia, clínica, factores de risco e tratamento.

PA n.º 1755
Pancreatite Aguda por Hipertrigliceridémia
Joana Batista Paulo(1);Mário Ferreira(1);Marta Fonseca(1);Zélia Neves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO
A hipertrigliceridémia é uma importante causa de pancreatite aguda podendo ser atribuível a até 30% dos casos. Em termos demográficos estes doentes são habitualmente mais jovens (44-52 anos), predominantemente de sexo masculino com obesidade e diabetes como comorbilidades mais prevalentes. O risco de pancreatite aumenta progressivamente com valores de triglicéridos (TG) acima de 500 mg/dL.

OBJECTIVO
Identificar a prevalência de pancreatite aguda por hipertrigliceridemia numa população em internamento, caracterizá-la e analisar a abordagem terapêutica e prognóstico.

MATERIAL E MÉTODOS
Estudo retrospectivo dos doentes internados num hospital distrital entre 2010-2022 com o diagnóstico de pancreatite por hipertrigliceridémia por consulta dos processos clínicos.

RESULTADOS
Do total de 2827 internamentos por pancreatite aguda, foram identificados 26 doentes com pancreatite por hipertrigliceridémia no período em estudo. 65% eram homens, com idade média de 52 anos. A maioria dos doentes eram portugueses (65%). As comorbilidades mais frequentes destes doentes foram a dislipidémia (54%), Diabetes Mellitus (42%) e a hipertensão arterial (31%). Verificámos 19% com etanolismo conhecido e 15% com obesidade.

O sintoma de apresentação mais frequente foi a dor abdominal (92%) seguido de vómitos (62%) e náusea (58%). O valor médio de TG destes doentes foi de 2441mg/dL e o valor máximo de 7564 mg/dL. Verificámos que 42% dos doentes estavam já sob terapêutica com estatina e 31% dos doentes sob fibratos. A maioria dos doentes foi admitida com scores de RANSON de zero (42%) e um (35%) e BISAP de zero (54%) e um (31%). A duração média de internamento foi de 10 dias sendo o tempo máximo de 41 dias num doente com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A maior parte dos doentes evoluiu favoravelmente em enfermaria (92%), tendo 3 doentes necessitado de admissão em UCI. Não houve registo de óbitos. Salvo nos doentes que necessitaram de suporte de órgãos em UCI, não se registaram outras complicações. 31% dos doentes fizeram terapêutica com insulina em perfusão mas apenas 2 doentes fizeram plasmaferese. Em todos foram mantidas medidas de suporte.

CONCLUSÃO
Na nossa população, a hipertrigliceridémia foi menos frequente como causa de pancreatite do que o descrito da literatura. Não obstante, de acordo com o descrito, também os doentes desta casuística eram maioritariamente de sexo masculino, com idade jovem (idade média de 52 anos) sendo as comorbilidades mais frequentes a dislipidémia e Diabetes Mellitus. 42% estavam já medicados com terapêutica hipolipemiante. A maioria destes doentes tinham baixos scores de gravidade à admissão e evoluíram favoravelmente sem necessidade de escalonamento de medidas nem

admissão em cuidados intermédios ou intensivos. Não verificámos correlação entre o etanolismo e a gravidade do quadro bem como não verificámos correlação entre o nível de TG e a gravidade ou a existência de complicações.

PA n.º 1757

Consultadoria de Medicina Interna em Internamento: um tema a explorar

Maria Margarida Pereira(1);Maxim Jitari(1);Marisa Brochado(1);Vasco Gaspar(1);Ivo Castro(1);Petra m. Pego(1)
(1) HDSantarém

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A Medicina Interna é por excelência a especialidade de gestão do doente com pluripatologia, acompanhando-o durante todo o seu percurso hospitalar. O modelo de colaboração entre especialidades médicas e cirúrgicas tem sido alvo de amplo debate na busca do mais adequado e com melhores resultados para o doente. O conhecimento dos principais motivos de referenciação à Medicina Interna pode auxiliar na opção pelo método mais indicado.
Objectivo: Caracterizar a população e patologia associada que motiva o pedido de observação a doentes internados no nosso hospital num período de 3 meses.
Material e Métodos: Análise retrospectiva dos pedidos de colaboração realizados à especialidade de Medicina Interna relativa a doentes internados no período de Janeiro a Março de 2022. Recolha de dados a 29 de Maio de 2022 com elaboração de base de dados e análise de resultados em Microsoft Excel™ 365.
Resultados: No período de Janeiro a Março de 2022 foram realizados 108 pedidos de colaboração à especialidade de Medicina Interna. Os doentes estavam na sua maioria internados em serviços de especialidade cirúrgicas, sendo que 38,9% dos pedidos foram provenientes do serviço de Cirurgia Geral; seguiram-se os serviços de Psiquiatria e de Ortopedia com 14,8% dos casos cada. 63% dos doentes eram do sexo masculino, com uma média de idades de 73 anos e um tempo de internamento médio de 13 dias, com o internamento mais prolongado a atingir os 126 dias. As intercorrências infecciosas foram o motivo de colaboração mais frequente, correspondendo a 22,2% dos pedidos. A insuficiência renal aguda (11,1%), sinais de sobrecarga hídrica (10,2%) e as alterações hidroelectrolíticas (8,3%) também foram motivos frequentes. À data de recolha dos dados 46% dos doentes tinha falecido.
Conclusões: O aumento da esperança média de vida condicionou uma maior multimorbilidade nos doentes internados, com uma maior necessidade de intervenção da Medicina Interna. Os doentes analisados eram na sua maioria idosos, com internamentos prolongados, múltiplas comorbilidades e maior susceptibilidade a infecções. É urgente repensar o modelo de colaboração das especialidades médicas e cirúrgicas com partilha da responsabilidade sobre os doentes de forma a melhorar a qualidade e resultados da assistências aos nossos doentes

PA n.º 1759

Trombose venosa cerebral: apresentação de um caso raro

Maria Margarida Pereira(1);Tiago Simões Oliveira(2);André Rebelo Matos(2);António Trigo(2);Vasco Gaspar(1);Luís Reis de Almeida(2);Diana Melância(2);Alberto Fior(2);Mário Alcatrão(2);Sofia Galego(2);Patrícia Ferreira(2);Cristina Sousa(2);Ana Paiva Nunes(2)
(1) HDSantarém (2) CHLC - H S José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC) é uma causa incomum de acidente vascular cerebral (AVC), afectando cerca de 1.3 a 1.6 pessoas em cada 100 mil. O envolvimento do sistema venoso profundo cerebral é raro, constituindo 10% do total de TVC.
Caso clínico: Doente do sexo masculino, 47 anos, cognitivamente íntegro e previamente autónomo, com antecedentes patológicos conhecidos de asma, tabagismo e infecção a SARS-CoV-2 em Janeiro de 2022. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro com 48 horas de evolução de prostração, desorientação e defeito de campo visual à esquerda; à admissão apresentava-se sonolento, sem abertura ocular espontânea mas cumprindo ordens simples, com hemianópsia homónima esquerda, hemiparesia esquerda com força muscular grau 3, paresia facial central esquerda, sem sinais meningeos presentes. Realizou tomografia computorizada de crânio que revelou lesão isquémica nas regiões talâmica anterior, cápsula interna, lenticulado e caudado direitos com hiperdensidade espontânea do sistema venoso profundo de predomínio paramediano esquerdo. Pela suspeita de trombose venosa do sistema venoso profundo foi transferido para centro de angiografia para realização de estudo com ressonância magnética, que confirmou a suspeita diagnóstica com ausência de fluxo ao nível das veis cerebrais internas. Por deterioração do estado de consciência necessitou de ventilação mecânica invasiva e internamento em unidade de cuidados intensivos. Posteriormente apresentou recuperação total dos défices neurológicos, encontrando-se actualmente seguido em ambulatório para esclarecimento etiológico.
Discussão: A TVC constitui cerca de 0.5 a 1% de todos os AVC e é frequentemente subdiagnosticada devido à sua apresentação heterogénea. O envolvimento do sistema venoso profundo tem uma clínica inespecífica que pode incluir flutuação do estado de vigília, afasia, convulsão e hemiparesia, pelo que a suspeição clínica é fundamental para o seu diagnóstico.

PA n.º 1774

Uma Via-Verde AVC na enfermaria de Gastrenterologia...

Filipa Sousa(1);Daniela Duarte(1);Nuno Pereira(2);Maria Costa(1);André Santos(1);Paula Manuel(1);Ilídia Carmezim(1);Alexandra Vaz(1);Ana Gomes(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Doente do sexo masculino, de 64 anos, com antecedentes pessoais de etilismo crónico internado no serviço de gastrenterologia por Síndrome de Mallory Weiss, submetido a hemóstase endoscópica. Ao quinto dia de internamento iniciou tonturas, diplopia e desequilíbrio na marcha. Ao exame objetivo apresentava midríase bilateral, oftalmoparésia complexa, ptose bilateral, parésia facial esquerda; disartria; disfagia para líquidos e ataxia da marcha. A tomografia computorizada crânio encefálica (TC CE) e a angiografia dos vasos supra aórticos não identificaram lesões parenquimatosas ou vasculares agudas. Foi admitido na unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com as hipóteses diagnósticas de AVC isquémico da circulação posterior e Encefalopatia de Wernicke (EW). Foi medicado com ácido acetilsalicílico e tiamina e instituído plano de reabilitação. A TC CE de controlo e a ressonância magnética crânio encefálica não identificaram lesões parenquimatosas. Foi observada melhoria progressiva e significativa dos défices e duas semanas após a admissão apresentava midríase, limitação dos movimentos oculares apenas para os extremos, ptose, disartria e disfagia para líquidos discretas e capacidade em realizar marcha sem apoio.
Dada a apresentação clínica, a evolução favorável dos défices sob suplementação com tiamina e a ausência de lesões parenquimatosas, assumiu-se o diagnóstico de EW.
A EW consiste numa complicação neurológica resultante do défice de tiamina, cujo diagnóstico é clínico. A tríade clássica de apresentação, presente em apenas 1/3 dos doentes, consiste em encefalopatia, disfunção oculomotora e marcha atáxica. São várias as causas de défice de tiamina, da quais se destacam o etilismo crónico, desnutrição e status pós cirurgia bariátrica. Este caso pretende demostrar a possível complexidade da apresentação desta síndrome, o que pode comprometer o seu reconhecimento e tratamento atempados e, em última instância, o prognóstico dos doentes.

PA n.º 1777

Carcinoma Hepatocelular – uma visão global dos últimos 5 anos na Consulta de Hepatologia

Elisabete Ribeiro(1);Sérgio Pereira(2);Leonor Silva(3);Joana Cabrera(3);Sónia Carvalho(4);Inês Pinho(4);Paulo Carrola(4);José Presa(4)
(1) Hospital Guimarães (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (4) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor primário do fígado que geralmente se desenvolve em contexto de doença hepática crónica, particularmente em doentes com cirrose. O diagnóstico do CHC ocorre, em muitos casos, tardiamente e a sobrevida média após o mesmo, dependendo do estadio, pode ir de 3 a 20 meses.
Objectivo: avaliar as características demográficas, clínicas e sobrevida dos doentes com diagnóstico de CHC seguidos numa Unidade de Hepatologia.
Material e Métodos: estudo retrospetivo unicêntrico de casos consecutivos de CHC nos últimos 5 anos, com análise das seguintes variáveis: género, idade, classificação Child-Pugh, presença de cirrose e respetiva etiologia, estadio da doença oncológica e terapêutica instituída. A análise estatística foi feita com recurso à ferramenta informática Excel™ 2016.
Resultados: Dos 205 casos analisados, 86% eram do sexo masculino e 80% dos doentes tinha seguimento prévio em consulta de Hepatologia; a idade média à data do diagnóstico de CHC foi de 68 anos. Da totalidade dos doentes analisados, 86% dos doentes eram cirróticos, a maioria Child-Pugh A. Relativamente à etiologia da cirrose, 64% dos casos eram de etiologia alcoólica e 12% dos casos por vírus C e B. Os critérios de imagem foram suficientes para confirmar o diagnóstico na maioria dos casos, a biopsia foi necessária em 15% dos doentes. À data do diagnóstico, 29% dos doentes encontravam-se em estadio BCLC A; 26% dos doentes em estadio BCLC B; 27% em estadio C e 18% dos doentes encontravam-se em estadio BCLC D. Quanto à terapêutica instituída: 14% dos doentes foram submetidos a cirurgia, 16% submetidos a ablação percutânea por radiofrequência (TARF), 15% submetidos a quimioembolização arterial (TACE), 6% submetidos a TARF+TACE e 47% dos doentes foram submetidos a terapêutica sistémica. O sorafenib foi a terapêutica sistémica mais instituída e oito doentes foram referenciados para transplante hepático. Registaram-se 96 óbitos (taxa de mortalidade de 47%) e 28% dos doentes foram encaminhados para cuidados paliativos.
Conclusões: A maioria dos doentes analisados com diagnóstico de CHC eram cirróticos e tinham seguimento regular em consulta de Hepatologia. Com efeito, nesta amostra, em quase um terço dos doentes (30%) foi possível instituir uma terapêutica de intenção curativa, o que evidencia a importância do rastreio semestral nos doentes cirróticos.

PA n.º 1787

Esclerose múltipla e Hepatite autoimune – associação e consequência

Sabina Belchior Azevedo(1);Sara Pereira Silva(2);Ana Sofia Ferreira(2);Bárbara Sousa(1);Liliana Costa(1);Carlos Rego Gonçalves(1);Rafael Freitas(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia (2) Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A hepatite autoimune (HAI) é uma inflamação crónica do fígado, resultante da desregulação dos mecanismos de tolerância imune associada à presença de fatores desencadeantes em indivíduos com suscetibilidade genética. A prevalência em doentes com esclerose múltipla (EM) é 10 vezes superior à população geral e pode estar associada à terapêutica com interferon-beta-1a (IFN) ou corticoides.
CASO CLÍNICO: Mulher de 36 anos com antecedentes de EM medicada com IFN e hábitos alcoólicos recorre ao serviço de urgência por dor abdominal, icterícia desde há duas semanas e episódio de hematemeses nesse dia. À admissão com pele e escleróticas ictéricas, ascite, anemia macrocítica, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia (bilirrubina total de 32mg/dL e direta de 25.7mg/dL), citocolestase e coagulopatia. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou varizes esofágicas, gastropatia por hipertensão portal e úlcera duodenal. Foi admitida na unidade de intermédios com diagnóstico de hepatite fulminante (HF) e hemorragia digestiva alta (HDA). Do estudo realizado, salienta-se serologias víricas que foram negativas e biópsia hepática com descrição de infiltrados linfoplasmáticos e fibrose nos espaços porta, compatível com HAI. Além terapêutica para HDA, suspendeu IFN e iniciou pulsos de metilprednisolona com desmame de corticoterapia progressivo, apresentando evolução favorável. Após um mês encontrava-se assintomática com resolução de icterícia e normalização da função hepática e citocolestase.
CONCLUSÃO: O caso clínico descrito ilustra um caso de HF com várias etiologias possíveis – consumo alcoólico, EM e tratamento com IFN. Em casos de HF, a presença de contexto claro de abuso de álcool não elimina a possibilidade de associação a outras etiologias concomitantes e deve ser investigada ativamente com recurso à biópsia hepática, de forma a orientar o correto diagnóstico e terapêutica. Na HAI, EM e IFN permanece a dúvida da exata associação casual entre eles.

PA n.º 1789
Brugada: nem sempre o que parece é
Sabina Belchior Azevedo(1);Sara Silva Pereira(1);Rafael Freitas(1);Ana Sofia Ferreira(1);Liliana Costa(1);André Calheiros(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A síndrome de Brugada (SB) é uma doença hereditária, associada a síncopes por taquiarritmia ventricular (TAV) e até um terço dos doentes apresenta-se com morte súbita (MS). Mais comum em homens jovens, é associada a alterações na repolarização das derivações pré-cordiais direitas. Considera-se o termo padrão de Brugada (PB) quando existem alterações no eletrocardiograma (ECG) específicas e SB quando estas estão associadas a TAV ou MS. Distinguem-se 2 padrões ECG, dos quais o tipo 1 sendo o mais caraterístico, faz o diagnóstico de SB quando associado a TAV, história familiar de PB ou MS; o tipo 2 embora altamente suspeito, não é diagnóstico e requer investigação complementar.

Casos clínicos:
Caso 1: Uma mulher de 76 anos com antecedentes de lipotimias e fibrilhação auricular paroxística sintomática, medicada com propafenona em esquema “pill on pocket”. Por sensação de mal estar pré-cordial seguida de lipotímia fez propafenona e foi admitida no serviço de urgência com hipotensão e PB tipo 1 no ECG, tendo sido colocada a dúvida de se tratar de SB ou PB induzido pela propafenona. Já em ambulatório, realizou teste Ajmalina que foi negativo, tendo sido assumido PB despoletado por propafenona, sem critérios de SB.
Caso 2: Um homem de 60 anos seguido em consulta externa por síncopes de repetição apresentou em ECG alterações compatíveis com PB tipo 2. Realizou teste Ajmalina com conversão de padrão tipo 2 em tipo 1 e o holter 24h apresentava períodos frequentes de PB tipo 2 espontâneos noturnos, tendo sido considerado um verdadeiro SB.
Discussão: Face a uma síndrome com risco elevado de eventos disrítmicos e MS, é fundamental a distinção de SB de formas secundárias de PB nomeadamente as induzidas por antiarrítmicos. Na presença de um verdadeiro SB é essencial o correto aconselhamento dos doentes dos medicamentos a evitar e a correta orientação para cardiodesfibrilhador implantável e rastreio de familiares.

PA n.º 1792

Má rotação vasos intestinais: apresentação no adulto

Sandra Salgado Pereira(1);Luísa Soares Miranda(1);Luísa Serpa Pinto(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Outro

INTRODUÇÃO: A trombose da veia porta e dos seus ramos ocorre tipicamente em doentes cirróticos mas também pode acontecer em doentes sem doença hepática, normalmente na presença de outros fatores de risco. A má rotação intestinal apresenta-se nos recém-nascidos tipicamente com oclusão intestinal ou volvo, nos adultos a apresentação é mais variável e frequentemente insidiosa.
CASO CLÍNICO: Mulher de 33 anos, obesa, fumadora ativa, sob anticoncepcional oral combinado, com viagem recente, com incremento do esforço físico e desidratação. Recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal progressiva com 10 dias de evolução, inicialmente localizada ao epigastro mas com posterior progressão para o restante abdómen, com irradiação dorsal, a impossibilitar ingestão alimentar. À observação, palpação abdominal dolorosa, com defesa nos quadrantes superiores. Analiticamente aumentos dos parâmetros inflamatórios. TC-abdominopélvico com trombose completa da veia porta a nível hilar e dos ramos intra-hepáticos, com extensão à veia esplénica e à veia mesentérica superior numa extensão de 7 cm. Além disso, apresentava sinais de má rotação intestinal, mostrando que o ângulo de Treitz não se localizava à esquerda da linha média, a condicionar rotação dos vasos mesentéricos para a direita. Iniciada hipocoagulação e escalada analgesia por dor de difícil controlo. Necessidade de nutrição parentérica total transitoriamente. Evoluiu com melhoria paulatina da dor abdominal e progressiva tolerância alimentar. Realizado estudo etiológico do caso, sem outras alterações relevantes encontradas.
DISCUSSÃO: A má rotação intestinal condiciona rotação dos vasos mesentéricos levando a alterações do fluxo sanguíneo com consequente estase venosa que, aliada a outros fatores, pode resultar em trombose venosa (tríade de Virchow). Neste caso, a estase venosa proporcionada pela rotação dos vasos intestinais em conjunto com os fatores de risco protrombóticos, contribuiu para o evento descrito.

PA n.º 1797

Doença Invasiva Pneumocócica - três formas diferentes de apresentação.

Maria Carlos(1);Renata Martinho(1);Rafael Vital(1);Sara Pinto Magalhães(1);Agnieszka Czajkowska(1);Eunice Patarata(1);Sara Castro(1);Mariana Popovici(1);Claudia Mihon(1);Heidi Gruner(1);António Panarra(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A doença invasiva pneumocócica (DIP) consiste no isolamento de Streptococcus Pneumoniae (Sp) em locais habitualmente estéreis - causando sobretudo bacteremia (37%) nos adultos, meningite (22%) ou outros (3%). A nível Europeu tem uma incidência de 6.2 casos por 100,000 pessoas, sendo que em Portugal são cerca de 3.5/100,000 pessoas. Conta ainda com uma mortalidade de em média 15%.
CASO 1: Mulher, 59 anos, com internamento prévio por meningo-encefalite e múltiplos fatores de risco cardiovascular (FRCV). Recorre à urgência por náuseas, vómitos, febre, confusão mental. Analiticamente hipoxemia, PCR-341mg/dL, PCT-65.66ng/ml, Sp nas hemoculturas (HC) e radiografia tórax com pneumonia basal esquerda. Cumpriu ceftriaxone com resolução.
CASO 2: Homem, 70 anos, com múltiplos FRCV e doença renal crónica pré-diálise, admitido com pneumonia complicada de empiema com isolamento de Sp em HC, com necessidade de abordagem cirúrgica. Inicialmente sob amoxicilina-ácido clavulânico com switch para piperacilina-tazobactam, sem melhoria. O internamento foi longo com múltiplas complicações, tendo falecido.
CASO 3: Mulher, 54 anos, saudável, admitida por início súbito de otalgia, otorreia, hipoacusia unilateral, cefaleia, náuseas, vómitos e vertigem, com afundamento do estado de consciência associado a febre e rigidez da nuca. Na TC-CE otomastoidite com erosão óssea e múltiplas coleções gasosas. Aumento dos parâmetros inflamatórios e isolamento de Sp no líquido cefalorraquidiano e HC. Cumpriu ceftriaxone e realizou mastoidectomia direita, com resolução.
DISCUSSÃO: Os autores pretendem demonstrar que a DIP é uma doença que pode afetar todas as idades, mais frequentemente os extremos da idade, tendo múltiplas apresentações com grande gravidade associada. Estas formas podem ser geralmente prevenidas com a instituição de vacina, caso haja indicação. Os autores chamam ainda a atenção da importância do diagnóstico e tratamento precoces, de modo a evitar desfechos desfavoráveis.

PA n.º 1799

Do linfoma à anemia – a propósito de um caso clínico

José Pereira de Sousa(1);Cristiano Gante(2);Mário Rodrigues(2);Rita Prayce(2)
(1) CHL CENTRAL - STA MARTA (2) CHLC - H S José

Tema: Doenças oncológicas

O linfoma não Hodgkin (LNH) marginal esplénico (LNHME) é um tipo raro de linfoma, representando 0.9% dos LNH. É caracterizado por esplenomegália massiva, linfocitose moderada, curso indolente e raro envolvimento periférico. Em cerca de 20% dos casos podem ocorrer distúrbios autoimunes, nomeadamente a anemia hemolítica e doenças das crioglutininas.
Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos com história conhecida de LNHME, status pós esplenectomia, artrite reumatóide e diabetes mellitus tipo 2. Recorreu ao serviço de urgência por astenia, anorexia, prurido e colúria de agravamento progressivo no mês pregresso. Dos exames complementares que realizou a destacar (comparativamente a análises 4 meses antes) hemoglobina de 5,5g/dL (10,3g/dL) com aglutinação de eritrócitos por aglutininas frias, linfocitose de 20,2x109/L (4,1x109/L), reticulocitose de 28%, bilirrubina total 7.49mg/dL (0,7mg/dL) e LDH 620U/L (220U/L). Realizou transfusão de 1 unidade de concentrado eritrócitário quente e internada em unidade de cuidados intermédios para vigilância hematológica, onde prosseguiu o estudo com doseamento de haptoglobina <0,01g/L, colheita de sangue a 37ºC com antiglobulina humana directa anti-complemento fortemente positiva e pesquisa crioglobulinas positiva, confirmando suspeita de anemia hemolítica por doença de crioglobulinas, provavelmente secundária ao LNHME. Iniciou terapêutica com rituximab, apresentando melhoria clínica e analítica, com posterior alta para Hospital de Dia de Hematologia ao 15º dia de internamento com hemoglobina 11,4g/dL, bilirrubina 2,8mg/dL e LDH 334U/L.
Os autores destacam a raridade desta entidade e o seu curso indolente, sendo um desafio quer no que diz respeito ao diagnóstico, quer à sua gestão e tratamento.

PA n.º 1809

LRA e incumprimento terapêutico: a propósito de um caso de Sarcoidose

Sonia Alexandra Ramos Reis Santos(1);Andreia Silva(1);Sérgio Lemos(1);Nelson Domingues(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O envolvimento renal nos doentes com Sarcoidose ocorre em 35 a 50% dos casos, sendo as complicações maioritariamente consequência da hipercalcemia.
Caso Clínico: Mulher de 55 anos com antecedentes de Sarcoidose Hepática, sem medicação dirigida por aparente intolerância ao plaquinol, azatioprina e AUDC. Admitida em internamento na Nefrologia para estudo de LRA AKIN 3 inaugural (sCr 2.4mg/dl na admissão). Do estudo analítico alargado destaque para hipercalcemia com hipercalciúria. Foi solicitada ecografia renovesical sem evidência de alterações parenquimatosas ou estruturais, excluindo nefrolitíase. Submetida a biópsia renal em D2 de internamento para avaliação complementar. Reiniciou terapêutica com corticoide com melhoria gradual dos níveis plasmáticos de cálcio e função renal, tendo alta com referenciação a consulta de Nefrologia e Doenças Auto-imunes da Medicina Interna, com o diagnóstico de saída de LRA vasomediada (hipercalcemia). A biópsia renal comprovou a presença de nefrite intersticial compatível com envolvimento renal pela sarcoidose. Com o cumprimento da terapêutica comprovada normalização dos valores de creatinina, após dois meses do internamento.
Conclusão: Na maioria dos casos de Sarcoidose, a LRA é consequência da nefrite intersticial granulomatosa, podendo surgir, igualmente, como complicação da nefrocalcinose e nefrolitíase, sendo raro o envolvimento glomerular. Apesar da progressão para doença renal terminal ser incomum, a maioria dos doentes tem doença renal crónica com eTFG médias < 60ml/min/1.73m2. Este caso reforça a importância da adesão e persistência terapêutica de modo a prevenir/retardar o desenvolvimento de complicações multi-orgânicas, promotoras de instabilidade clínica.

PA n.º 1812

Disautonomia no Síndrome Látero-Medular - desafio diagnóstico

Francisca Torres Sarmento(1);Filipa Fialho Reis(1);Jéssica Vasconcelos(1);Teresa Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Síndrome Látero-Medular resulta de uma lesão da região lateral do bulbo, tipicamente envolvendo a artéria cerebelosa póstero-inferior (PICA). A apresentação clínica é heterogénea, podendo incluir hipoalgesia ipsilateral da face e contralateral do corpo, disartria, síndrome de Horner ipsilateral, disfagia, ataxia, vertigem e ocasionalmente vómitos.
Caso clínico: Homem de 68 anos, com hipertensão arterial, inicia quadro súbito de desequilíbrio da marcha para o lado direito, vários episódios de vómitos, diminuição da força do hemicorpo esquerdo e diplopia. Ao exame neurológico apresentava disartria ligeira, nistagmo horizontal, diplopia binocular horizontal, paresia facial central esquerda, prova dos braços estendidos com queda sem embate no leito do membro superior esquerdo, hemihipostesia e hemiataxia esquerda. Sem alterações documentadas em tomografia computorizada crânio-encefalica. Durante o internamento apresentou vários episódios de síncope, precipitados por alterações posturais, bem como náuseas e vómitos. Em ressonância magnética crânio-encefálica foi identificado enfarte agudo na vertente póstero-inferior direita do bulbo raquidiano, no território da PICA.
Realizado teste de TILT que mostrou achados compatíveis com disautonomia (disfunção simpática e parassimpática) condicionante de hipotensão ortostática tardia. Neste contexto foi instituída corticoterapia para além de acido acetilsalicílico e estatina de alta intensidade. Após 6 meses de tratamento verificou-se resolução completa de défices neurológicos e ausência de novos episódios de síncope.
Conclusão: Os enfartes que envolvem a PICA têm uma clínica heterogénea e a ausência de uma apresentação padrão pode dificultar o diagnóstico. Pré-síncope e hipotensão ortostática são apresentações raras deste enfarte, podendo surgir tardiamente. Os clínicos devem estar alerta para esta hipótese diagnóstica para instituírem medidas terapêuticas adequadas precocemente.

PA n.º 1813
Lombalgia refratária em jovem - uma etiologia incomum
Maria João Vilela(1);Luís Neves da Silva(1);Margarida Monteiro(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Outro

Introdução: O quisto ósseo aneurismático é classificado como uma lesão benigna, osteolítica, com comportamento agressivo e localmente destrutivo. Apresenta uma incidência baixa, sendo mais frequente em jovens. A sua etiologia é controversa, mas é mais comum nos ossos longos e coluna vertebral. O tratamento consiste na remoção cirúrgica.
Discussão: Sexo feminino, 28 anos. Antecedentes pessoais de dislipidemia, medicada com estatina. História de lombalgias de longa data, recorre ao serviço de urgência por lombalgia de ritmo mecânico acompanhada por Tomografia Computorizada (TAC) da coluna lombar que realizou em ambulatório a evidenciar lesão lítica nos elementos posteriores à direita de L5, com 2 cm de diâmetro. Sem alterações ao exame objetivo e no estudo analítico.
Fica internada para estudo de lombalgia com pedido de Ressonância Magnética (RMN) lombossagrada. Realiza em internamento TAC toracoabdominopelvica a evidenciar lesão nodular hipervascular em fase arterial tardia na posição cranial no lobo hepático esquerdo, com 20 mm, e lesão nodular em localização, com 18 mm, de características semelhantes. Perante os resultados, aguarda RMN lombossagrada para eventual biópsia de lesão lítica e estudo de neoplasia primária oculta. Realiza RMN a evidenciar lesão com características líticas envolvendo o arco posterior direito de L5, com 18,6mm de maior eixo nos planos axiais sem efeito compressivo sobre as estruturas intracanalares. Após revisão de imagem em Reunião Multidisciplinar, conclui-se provável quisto ósseo aneurismático. Realizou excisão laminar e o estudo histológico revelou lesão fibro-óssea com células gigantes, correspondendo a parede de quisto ósseo aneurismático. A lesão hepática revelou-se Hiperplasia Nodular Focal.
Conclusão: Nesta doente podemos encontrar características típicas de quisto ósseo aneurismático nomeadamente a faixa etária acometida, a localização típica e a clínica de dor associada ao crescimento da lesão. Apesar de ser uma entidade rara, deve constar nos diagnósticos diferenciais de lombalgia refratária a terapêutica.

PA n.º 1818

Angioedema orofacial após trombólise: a propósito de um caso clínico de AVC

Sónia Reis Santos(1);Carla Sofia Rebelo(1);Carla Ferreira Santos(1);Ana Albuquerque(1);Ana Gomes(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: A trombólise com recurso ao alteplase intravenoso representa o pilar do tratamento dos eventos cerebrovasculares de etiologia isquémica, sendo a sua eficácia determinada pela precocidade da sua iniciação. Após o início da terapêutica de reperfusão intravenosa, torna-se fundamental a monitorização e vigilância dos doentes com vista ao reconhecimento das potenciais complicações do tratamento: transformação hemorrágica, complicações imunológicas (angioedema e choque anafilático) e hipotensão.
Caso Clínico: Homem de 86 anos, autónomo, com antecedentes de HTA, DMT2 e doença arterial periférica. Admitido no serviço de urgência por um quadro de alteração do estado de consciência e lateralização motora esquerda com uma hora de evolução. Na avaliação inicial constatada coma com ECG 7 e anisocoria (OD>OE). Realizada TC-CE sem evidencia de lesões isquémicas estabelecidas, nem oclusão de grandes vasos. Foi discutido caso com colegas de Neurologia e iniciada trombólise aos 80min perante suspeita de lesão do Tronco Cerebral. Aquando do término da perfusão de alteplase, constatado quadro de hipotensão severa, com angioedema facial, dispneia e dessaturação periférica de oxigénio por compromisso da via aérea superior. Contactada equipa da UCI com posterior entubação orotraqueal e início de suporte vasopressor com noradrenalina após o diagnóstico de choque anafilático com angioedema pós alteplase. Durante a permanência na unidade, realizou TC de controlo sendo evidente a existência de lesões isquémicas talâmicas, sem sinais de transformação hemorrágica, envolvendo o território das artérias tálamo-perfurantes. Manteve neuroprotecção e sedação com propofol até D3 de permanência, sendo extubado sem registo de intercorrências respiratórias, nem défices neurológicos de novo.
Conclusão: O angioedema orofacial representa uma complicação severa dos AVC estando presente em 0.9 a 5.1% dos doentes submetidos a trombólise com alteplase. Caracteriza-se pela presença de um edema hemifacial agudo com localização preferencialmente contralateral ao lado da isquémia. A localização na região insular do hemisfério cerebral direito (desregulação do SNA e consequente hiperatividade simpática) e a toma de IECA representam dois importantes fatores de risco na evolução do angioedema.

PA n.º 1823

Mesotelioma Pleural com Evolução Rapidamente Fatal

Patrícia Tinoco Araújo(1);Isabel Tarrio(1);Raquel Afonso(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
O mesotelioma é uma neoplasia rara, insidiosa e associada a mau prognóstico. Pode envolver a cavidade pleural, peritoneal, vaginal ou pericárdica. O mesotelioma pleural (MP) é o subtipo mais comum (80% dos casos) e em 70% dos doentes está associado a exposição de asbestos/amianto.
Caso Clínico
Homem, 62 anos. Autónomo. Ex-fumador 32 UMA e exposição a asbestos. Recorreu ao SU a 25/05/2021 por dispneia com 2 semanas de evolução que relacionava com queda acidental de bicicleta. Ao exame objetivo: emagrecido, diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito, SatO2 (aa): 90%. Radiografia do tórax com derrame pleural direito de grande volume e na TC de tórax, além do derrame, espessamento pleural na vertente posterior do campo pulmonar direito e lesões líticas na 5ª costela e corpo da vértebra D9. Toracocentese com saída de 1100mL de líquido serohemático, que se revelou exsudado com predomínio de células mononucleadas. Efetuada biópsia pleural que permitiu o diagnóstico de MP a 2/06. Orientado para o domicílio com oxigenioterapia e consulta de Pneumologia Oncológica, com início de quimioterapia programada para 17/06. Após a alta, por descontrolo de sintomas necessitou de duas toracocenteses evacuadoras e colocação de dreno torácico por rápida recidiva de derrame pleural, que se relevou de difícil drenagem (loculação). A 13/06 diagnosticada fratura espontânea do úmero esquerdo. Apresentou rápido agravamento clínico respiratório a 15/06 e faleceu, cerca de 1 mês após o início da sintomatologia.
Discussão
Na maioria dos doentes com MP a sintomatologia surge de forma gradual, com derrame pleural unilateral livre e a metastização é incomum. No caso clínico apresentado, salienta-se a evolução rapidamente desfavorável e a dificuldade de controlo de sintomas associados ao derrame pleural recidivante e loculado.

PA n.º 1834

Hiperuricemia associa-se a maior mortalidade em doentes não diabéticos com Insuficiência Cardíaca.

Sérgio Madureira(1);Rita Gouveia(1);Ana Neves(1);Catarina Elias(1);Pedro Ribeirinho Soares(1);Marta Soares(1);Joana Pereira(1);Patrícia Lourenço(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A hiperuricemia (HU) associa-se não só a um aumento da incidência de insuficiência cardíaca (IC) mas também a um aumento da mortalidade em doentes com IC estabelecida. Os dados publicados atualmente não permitem esclarecer se a HU constitui apenas um marcador de doença ou se apresenta causalidade na patogénese de IC. Pacientes com diabetes mellitus (DM) parecem apresentar uma atividade aumentada da xantina oxidase e consequentemente maior prevalência de HU.
OBJETIVO: Avaliar o impacto prognóstico da HU em pacientes com IC de acordo com a coexistência de DM.
MÉTODOS: Analisaram-se retrospetivamente dados de pacientes com IC com disfunção ventricular esquerda seguidos em ambulatório em consulta de IC desde Janeiro/2012 a Maio/2018. Foram analisados os dados demográficos, comorbilidades, parâmetros clínicos e laboratoriais registados na primeira consulta. O endpoint primário analisado foi a mortalidade por todas as causas e os pacientes foram seguidos até Janeiro de 2021. O impacto prognóstico da HU foi avaliado através de uma regressão de Cox sendo o cut-off de ácido úrico utilizado para definir HU de 8,2mg/dL correspondendo ao limite superior de referência do nosso laboratório. Foi criado um modelo multivariável de forma a ajustar a análise para possíveis fatores confundidores nomeadamente idade, género, clearance de creatinina, terapêutica com diuréticos de ansa, tiazídicos ou hipouricemiantes, etiologia isquémica e classe NYHA. A análise foi depois estratificada de acordo com a coexistência de DM e a interação entre DM e HU foi formalmente testada.
RESULTADOS: Foram analisados dados de 583 pacientes com idade média de 71 anos, 66,4% do género masculino, 45,4% com IC de etiologia isquémica, 61,2% com hipertensão arterial e 41,3% com DM. Taxa de filtração glomerular média de 54mL/min/1.73m2 (40-71). 57 (10,6%) estavam tratados com fármacos hipouricemiantes, 82,9% com furosemida e 4,1% com diuréticos tiazídicos. O valor mediano de ácido úrico à admissão foi 5,5mg/dL [Intervalo interquartil (IQQ): 5,8-9,2] e 210 (39,3%) apresentavam valor >8,2mg/dL. Durante um follow-up mediano de 46 meses (IIQ: 30-83) ocorreram 261 (48,5%) óbitos. Pacientes com HU apresentaram um risco relativo (RR) de mortalidade por todas as causas de 1.77 (RR=1.77; IC95%=1.23-2.54; p=0,002). Houve interação significativa entre DM e HU(p=0,04). Quando a análise foi estratificada de acordo com a coexistência de DM a associação independente de HU com maior risco de mortalidade observou-se apenas no subgrupo de doentes não diabéticos (HR=1.84; IC95%=1.25-2.70; p=0,002). No subgrupo de pacientes diabéticos a HU não demonstrou qualquer impacto na mortalidade (HR=0.96; IC95%= 0.63-1.46; p=0,84).
CONCLUSÃO: A coexistência de DM parece influenciar o impacto prognóstico da HU na IC crónica. O risco de mortalidade por todas as causas em doentes com IC e HU não diabéticos aumenta 81% quando comparado com indivíduos com níveis normais de ácido úrico. HU não apresenta valor prognóstico nos doentes com IC e DM.

PA n.º 1856

Síndrome de Lise Tumoral: uma manifestação primária com um diagnóstico diferencial desafiante

Marta c Machado(1);Miguel Achega(1);João Tiago Serra(1);Miguel Monteiro(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica que se associa maioritariamente associada a neoplasias hematológicas com elevado índice mitótico. Caracteriza-se pela destruição maciça de células tumorais, na maioria dos casos secundária a terapêutica citotóxica, embora raramente possa ocorrer de forma espontânea.
Caso Clínico:
Homem de 57 anos com nódulo renal esquerdo sob vigilância desde 2016 e hábitos tabágicos ativos. Recorreu ao serviço de urgência por astenia e dispneia para pequenos esforços, toracalgia direita, aumento do volume abdominal e sudorese profusa com 2 semanas de evolução.
Ao exame objetivo destacava-se palidez muco-cutânea, abdómen distendido com onda líquida positiva. Analiticamente com anemia normocitica normocrómica (Hb 11.4 g/dL), leucocitose (24.800/uL, com neutrofilia 18.900/uL), ausência de blastos no esfregaço de sangue periférico, elevação da PCR (12.68 mg/dL) e LDH (5188 U/L), hiperuricémia (19.3 mg/dL), hiperfosfatémia (5.2 mg/dL), creatinina (2.04 mg/dL), beta2-microglobulina (9.9 mg/L) e velocidade de sedimentação (85 mm). Realizou TC-TAP que mostrou nódulo do rim esquerdo com características suspeitas de lesão neoformativa, ascite com irregularidades dos folhetos peritoneais e densificação da gordura peritoneal compatível com metastização peritoneal. Não foram identificadas adenopatias ou hepatoesplenomegália. Foi estabelecido o diagnóstico de SLT espontâneo tendo realizado fluidoterapia e administrada rasburicase. Apesar da elevada suspeita de neoplasia renal, a anatomia patológica do líquido ascítico identificou células compatíveis com linfoma não-Hodgkin de células B. Atendendo à gravidade clínica, o doente foi transferido para a unidade de cuidados intensivos tendo iniciado quimioterapia, vindo a falecer.
Discussão:
Este caso traduz a possibilidade do desenvolvimento espontâneo da SLT, bem como a importância emergente do diagnóstico etiológico para a realização de tratamento dirigido.

PA n.º 1862

MIELOMA MÚLTIPLO E LINFOMA NÃO-HODGKIN CONCOMITANTES: DESCRIÇÃO DE CASO

Valter Duarte(1);Gisela Gonçalves(1);Miguel Martins(1);Laura Baptista(1);Tiago Valente(1);Carla Matias(1);Gorete Jesus(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças hematológicas

O mieloma múltiplo (MM) é caracterizado por uma acumulação de clones de plasmócitos malignos. Associações entre o MM e outras neoplasias hematológicas têm surgido no curso da doença. Contudo, apesar de incomum, estas podem surgir concomitantemente.
Homem de 59 anos com antecedentes de adenocarcinoma da próstata (ADCP) com metastização óssea sob bloqueio hormonal, diagnosticado no contexto de tromboembolismo pulmonar, e história de pico monoclonal gama não estudado. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia para pequenos esforços com uma semana de evolução. Negava alteração do estado de consciência, dor torácica, perdas hemáticas ou sintomas constitucionais. Sem alterações ao exame objetivo. Analiticamente com anemia macrocitica e trombocitopenia sem evidência de agregados plaquetares, D-dímeros normais e citocolestase hepática. A ecografia abdominal revelou lesões hepáticas hipoecogénicas de novo e esplenomegalia, sendo internado para estudo. Do estudo inicial a realçar discreta lesão renal, pico monoclonal gama com aumento da fração lambda no soro e na urina e serologias viricas negativas. O estudo endoscópico evidenciou um adenoma com displasia de baixo e alto grau no cólon sigmóide e a TAC toracoabdominopelvica e RMN abdominal demonstraram imagens líticas a nível dos ossos ilíacos e inúmeros nódulos hepáticos isodensos com hipersinal em T2, sugestivos de lesões secundárias. O diagnóstico de MM foi confirmado por biópsia óssea. Realizou biópsia de nódulo hepático que evidenciou linfoma linfoplasmocitico (LLP). Manteve tratamento dirigido ao ADCP, e reiniciou hipocoagulação e tratamento para MM, dada a contraindicação de transplante autólogo de medula óssea.
O diagnóstico diferencial entre MM e LLP é difícil, sendo realizado com base na clinica e em testes imunohistoquimicos e genéticos. O envolvimento hepático no MM e no LLP causa disfunção hepática que limita as opções de quimioterapia, agravando o prognóstico.

PA n.º 1864
Disfunção endócrina: causa rara
Joana Gomes da Cunha(1);Carolina Anjo(1);Vera Romão(1);Gabriel Atanásio(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Doentes com hipopituitarismo apresentam maior mortalidade face à população geral, sendo fundamental compreender a sua etiologia.
Caso Clínico: Mulher, 34 anos. Diagnóstico de pré-eclampsia na 2ª gravidez (gemelar), após as 34 semanas, com parto complicado – com alteração do estado de consciência, hipotensão, hemorragia grave (hemoglobina de 5.3g/dL). Encaminhada à consulta, 4 meses depois, com queixas de astenia, emagrecimento (não quantificado), queda de cabelo, agalactia, amenorreia dispareunia, ausência de líbido e polidipsia (consumo de cerca de 4/5L de água por dia). Do estudo realizado, identificada anemia microcítica e hipocrómica, elevação dos parâmetros de citocolestase (2-3 vezes o limite superior do normal) e dos valores de bilirrubina total e direta, bem como, défice de vitamina D. No teste de privação de água, verificada poliúria com diurese 4400ml/24h com osmolaridade urinária de 153 mOsm/L coincidente com Diabetes Insípida. O estudo hormonal realizado revelou hipogonadismo, hipotiroidismo central, hipoprolactinemia, diminuição do valor do fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF-1) e insuficiência adrenal secundária. Realizada Ressonância Magnética Nuclear (RMN) da hipófise que mostrou “franca redução da altura da hipófise, com hipersinal T2 e maior hipossinal T1 - para cronicidade em relação com síndrome de Sheehan…”. Foi, então, admitido panhipopituitarismo em contexto de síndrome de Sheehan, tendo sido medicada com corticoterapia e levotiroxina, com melhoria clínica e laboratorial.
Discussão: A Síndrome de Sheehan carateriza-se pelo desenvolvimento de hipopituitarismo durante o parto ou no período pós-parto. De acordo com a localização e extensão da necrose hipofisária, pode apresentar um espectro amplo e variável de manifestações decorrente da deficiente produção de uma ou várias hormonas, como se evidencia neste caso. As múltiplas manifestações podem dificultar o seu diagnóstico, exigindo uma acuidade diagnóstica ímpar.

PA n.º 1871

Incidence and prognostic relevance of early onset fever after acute myocardial infarction

Carolina Morna(1);Magda Garça(2);Daniel Gomes(3);Marisa Trabulo(3);Catarina Brízido(3);Christopher Strong(3);António Tralhão(3);Jorge Ferreira(3);Miguel Mendes(3)
(1) CH FUNCHAL-Marmeleiros (2) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira
(3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Tema: Doenças cardiovasculares

Background
The presence of fever during the acute phase of myocardial infarction is a well-recognized phenomenon. However, its underlying pathophysiology and clinical impact remain poorly understood. We aimed to describe the incidence, association with bacteremia and outcomes associated with early onset fever in the setting of acute myocardial infarction.
Methods
Single-center retrospective analysis of consecutive patients referred for primary percutaneous coronary intervention (PPCI) due to ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) in a large-volume tertiary hospital, between November 2020 and October 2021. Fever was defined as a tympanic temperature of at least 37.7°C in the first 48h after PPCI. Outcomes included infarct size assessed by peak high-sensitivity troponin T, left ventricular ejection fraction, cardiogenic shock, positive blood cultures and in-hospital all-cause mortality. Patients already on antibiotic therapy or under targeted temperature management were excluded.
Results
In 201 patients admitted for STEMI (mean age 63.0 y ± 13.4, 69.5% male), 34 (16,9%) had post-infarct fever. Peak measured temperature was 38.1±0.32ºC. In comparison with the non-febrile group, patients with fever had higher GRACE scores (149 [123-197] vs. 112 [91-141], p<0.001), higher peak cardiac troponin T (6935 [3541-14832] vs. 4713 [2035-8371] ng/L, p=0.017) and C-reactive protein levels (15.5 [7.9-23.9] vs. 1.9 [0.9-4.5] mg/dL, p<0.001. In the fever group, 10 patients were started on empirical antibiotics, of which 8 had positive blood cultures. Bacteremia was significantly associated with the occurrence of cardiogenic shock (75.0% vs. 6.2%, p < 0.001). Post-infarct fever conferred a higher risk of in-hospital mortality (OR 14.2 [95% CI 2.6-76.8], p = 0.002) on univariate analysis, an association that did not remain statistically significant after adjusting for the GRACE score.
Conclusions
In our cohort of patients with STEMI, early onset fever was a relatively common finding and was associated with increased infarct size, severity of presentation (cardiogenic shock), inflammation and bacteremia. A signal towards a worse prognosis of AMI patients with fever was noted and merits adequately powered studies.

PA n.º 1872

Aneurisma micótico da aorta a Staphylococcus aureus – um caso raro de febre de origem indeterminada

Rodrigo Duarte(1);Raquel Flores(1);Raquel Rodrigues Mendes(1);Madalena Silveira Machado(1);Ana Carolina Monteiro(1);Ana Luísa Esteves(1);António João Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cardiovasculares

O aneurisma micótico da aorta é uma vasculopatia rara, associada a elevada morbilidade e mortalidade. Os principais agentes são bacterianos, mais comumente Staphylococcus spp. e Salmonella spp., apresentando hemoculturas positivas em até 85% dos casos.

Homem, 84 anos, com antecedentes de doença cerebrovascular, hipertensão arterial, desnutrição proteico-calórica grave e diagnóstico recente (2 meses) de arterite de células gigantes para o qual realizava prednisolona 30mg por dia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, prostração, anorexia e mialgias. Apresentava 2 internamentos nos 2 meses prévios em contexto de febre e bacteriémia a Staphylococcus aureus (SA). À admissão, apresentava-se com febre 38,1ºC, taquicárdia sinusal de 110 bpm e elevação dos parâmetros inflamatórios, leucocitose 24300/uL, neutrofilia 93%, PCR 23,4 mg/dL e PCT 0,26 ng/mL. Hemocultura colhida com isolamento de SA sensível à meticilina (MSSA), tendo sido internado. Do estudo complementar em internamento, destaca-se ecocardiografia transtorácica sem evidência de vegetações, abcessos ou aneurismas; com bacteriémia a MSSA mantida, apesar de antibioterapia dirigida com amoxicilina e ácido clavulânico. Realizou tomografia computorizada que mostrou dilatação aneurismática sacular lateroposterior direita da aorta abdominal suprarenal com 3,5x3,0 cm de diâmetros, adjacente à qual se encontrava volumosa coleção paraórtica com 10 x 6,8 x 5 cm de diâmetros crânio-caudal, transversal e antero-posterior, sugestiva de aneurisma aórtico micótico. Contactada a Cirurgia Vascular, com indicação para manutenção de antibioterapia dirigida ad eternum e referenciação a consulta da especialidade para avaliação pré-cirúrgica. O doente veio a falecer 2 meses após a alta hospitalar.

O presente caso pretende alertar para uma etiologia rara de febre, com elevada mortalidade. A abordagem assenta na antibioterapia dirigida e controlo cirúrgico, inviabilizado pela idade avançada e comorbilidades presentes.

PA n.º 1898

Leucoaraiose numa mulher em idade jovem – Desafio diagnóstico e avaliação sistematizada

Francisca Torres Sarmento(1);Filipa Fialho Reis(1);Teresa Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: As lesões da substância branca cerebral ou leucoaraiose são um achado neurorradiológico comum em idosos, principalmente com fatores risco cardiovascular, existindo evidência crescente da sua associação com doença cerebrovascular, défice cognitivo e morte. Podem ser detetadas e quantificadas através de Tomografia Computorizada ou Ressonância Magnética Crânio-Encefálica (RM-CE), sendo classificadas conforme atingimento da substância branca periventricular ou profunda e pela sua extensão, quantificada pela escala de Fazekas. Embora assumidas como alterações relacionadas com a idade, as lesões da substância branca são por vezes encontradas em adultos jovens, sendo nestes casos obrigatória uma avaliação abrangente. A propósito de um caso clínico os autores apresentam um algoritmo diagnóstico sistematizado.
Caso clínico: Mulher de 53 anos com queixas de depressão e alterações mnésicas. Antecedentes de hipertensão arterial e tabagismo. A RM-CE revelou extensas lesões da substância branca subcortical frontoparietal, traduzindo desmielinização de possível natureza microvascular Fazekas 3. A marcha diagnóstica envolveu isquémia microvascular, doenças desmielinizantes como esclerose múltipla, encefalomielite disseminada aguda, doenças genéticas (Sindrome de MELAS, Doença de CADASIL, Doença de Fabry), doenças inflamatórias ou imunomediadas, toxico-metabólicas e neoplásicas. Encontraram-se estenoses intracranianas, sem irregularidades ou inflamação vascular, hiperhomocisteinémia, cobre sérico aumentado e ceruloplasmina normal. Excluiu-se doença de Wilson por teste genético e todas as outras hipóteses diagnósticas colocadas. Admitiu-se isquémia microvascular e ateromatose intracraniana no contexto de hipertensão arterial.
Conclusão: Este continua a ser um assunto que envolve discordância no que diz respeito à melhor forma de abordagem. Num estudo português recentemente publicado percebe-se que os clínicos usam diferentes abordagens diagnósticas não seguindo um algoritmo definido, realçando a importância de implementar uma avaliação sistematizada.

PA n.º 1902

Colite por Citomegalovírus e Doença Inflamatória Intestinal: A Propósito de um Caso Clínico

Carlos Grijó(1);Marisa Carvalho Couto(1);Isabel Correia de Brito(1);Marta Patacho(1);Jorge Almeida(1)
(1) Hospital S. Joao

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O citomegalovírus (CMV) causa colite infeciosa em 30% dos doentes infetados, desenvolvendo-se sobretudo em imunocomprometidos. Habitualmente é assintomática e auto-limitada mas pode resultar em infeção crónica ou estado de latência com reativação intermitente. Neste último caso, de salientar a prevalência na colite ulcerosa, não sendo clara se a reativação de CMV é responsável pela exacerbação da doença inflamatória intestinal (DII), se é consequência da patologia ou apenas um achado. Neste contexto, descrevemos o caso de um doente do sexo masculino, 78 anos, ECOG 0. Internado por diarreia subaguda refratária a antibioterapia empírica e sem outra sintomatologia. Com caquexia e hipoalbuminemia de 15g/L, elevação de parâmetros inflamatórios e anemia sem perdas hemáticas. Do estudo etiológico, tomografia computorizada com espessamento parietal de todo o íleo e em menor grau do cólon; e estudo endoscópico com evidência de ulceração difusa da mucosa cólica. Biópsia a revelar forte positividade para CMV e pesquisa sérica de DNA e IgG positiva, tendo cumprido 21 dias de ganciclovir com melhoria da diarreia mas sem recuperação do estado nutricional. A reavaliação imagiológica demonstrou melhoria cólica mas não do íleo e fístula perianal de novo que, associada a calprotectina de 4730ug/g, sugeriu hipótese de DII. Dado o estado de desnutrição, dependência agravada e imunossupressão em doente com diagnóstico de neoplasia urotelial e prostática no internamento, optou-se por não progredir na investigação e terapêutica da DII – doente faleceu ao 39º dia de internamento. Portanto, a colite por CMV é uma complicação infeciosa de mau prognóstico em doentes imunocomprometidos, sobretudo se DII concomitante, pelo que a rapidez do diagnóstico e tratamento é essencial nos indivíduos gravemente doentes. É, por isso, importante diferenciar um flare de DII de uma verdadeira colite por CMV, como neste caso, para adequação terapêutica, sendo para tal necessários mais estudos.

PA n.º 1908

O valor da anamnese perante um falso negativo – a propósito de um caso de leptospirose grave

José Miguel Ferreira(1);Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Flávia Fundora Ramos(1);Luís Augusto Cardoso(1);Carla Lemos Costa(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A leptospirose é uma zoonose que, quando se apresenta com doença grave, é caracterizada por disfunção multiorgânica, principalmente hematológica, neurológica, hepática e renal, e tanto o diagnóstico precoce como o tratamento atempado são fundamentais. Caso clínico: Homem, 57 anos, recorre ao SU por astenia, rouquidão e mialgias com 5 dias de evolução. Vivia em meio rural e na semana anterior tinha estado a arrumar lenha. À admissão, apresentava-se ictérico, apirético, hemodinamicamente estável, sem insuficiência respiratória ou outras alterações ao exame objetivo. Do estudo, verificou-se elevação de parâmetros inflamatórios, trombocitopenia grave (sem anemia ou coagulopatia), citocolestase com hiperbilirrubinemia, lesão renal aguda (creatinina 4.6mg/dL) e rabdomiólise. O exame sumário de urina revelou cilindros e eritrócitos dismórficos. O rastreio séptico, que incluiu rastreio de infeções víricas e zoonoses (incluindo leptospira) foi negativo. Fez TC TAP que mostrou apenas múltiplos micronódulos pulmonares dispersos. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e doxiciclina, in dubio pro reo. No internamento desenvolve sufusão conjuntival bilateral e insuficiência respiratória hipoxémica. Repetiu a pesquisa de leptospira ao 3º dia de internamento, agora positiva no sangue e na urina, confirmando o diagnóstico. Apresentou evolução clínica e analítica favorável, sob a terapêutica instituída, sem necessidade de suporte invasivo, e com resolução de todo o quadro à alta. Discussão: A suspeição clínica inicial foi preponderante para o início de tratamento e outcome favorável do doente. Em alguns doentes a leptospirose pode ter uma evolução bifásica, num primeiro momento, com bacteriemia aguda febril e numa segunda fase, com uma resposta “imune”, altura em que pode já não ser possível identificar o agente no sangue, e só na urina. Neste caso, contudo, o resultado falso negativo, parece depender da menor sensibilidade do teste sérico realizado inicialmente.

PA n.º 1915

QUANDO AS APARÊNCIAS ILUDEM: UMA FORMA ATÍPICA DE RECIDIVA

Henrique Atalaia Barbacena(1);Joana Brioso Infante(1);Patrícia Howell Monteiro(1);João Raposo(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

A leucemia aguda caracteriza-se pela presença de >20% de blastos na medula e circulação, podendo na apresentação envolver a pele e o tecido celular subcutâneo, manifestando-se sob a forma de leucemia cutis, uma raridade na prática clínica. A recidiva extramedular é também uma raridade, estando associada a piores prognósticos.
Homem, 66 anos, LMA NPM1 mutado e del(5q) diagnosticada em 2019. Cumpriu terapêutica de indução com FLA, com remissão, e posterior consolidação com ARA-C, tendo cumprido 1 ano de manutenção com azacitidina, com doença residual mínima negativa. Nove meses depois, agravamento de citopénias (hemoglobina 7.5g/dL; plaquetas 22000/uL). Mielograma com 1% de blastos, sem evidência de progressão de doença. Em paralelo, quadro de artralgias, mialgias e lesões nodulares das pequenas articulações das mãos, encaminhado para consulta de Medicina Interna. À observação: lesões nodulares de coloração arroxeada articulares/ periarticulares, com predomínio nas interfalângicas distais, sem sinais inflamatórios, indolores, sem rigidez ou compromisso da mobilidade. Avaliação complementar: VS 55mm/h, ácido úrico normal, autoanticorpos negativos, fator reumatoide negativo, sem consumo de complemento. Radiografia das mãos sem sinais de destruição articular. Biópsia cutânea: infiltração da derme por células mononucleadas, monomorfas, padrão perivascular concêntrico, em fila indiana dissecando as fibras de colagénio, CD3, CD43, CD68 e MPO positivas, e CD20 negativas, característico de infiltração cutânea por células leucémicas. Diagnóstico de recaída extramedular da doença hematológica, iniciando quimioterapia de resgate como ponte para transplante de medula em segundo remissão.
Em doentes com antecedentes de LMA, deve ser mantido um elevado grau de suspeição na presença de qualquer lesão cutânea de novo. A apresentação cutânea da LMA é rara, com uma incidência estimada de 3%, mais prevalente nas crianças que adultos. O seu diagnóstico é essencial por ter implicações prognósticas relevantes, com uma taxa de sobrevivência aos dois anos estimada em 3%.

PA n.º 1920
When less is more

Tatiana Soares Ferreira Gonçalves Correia(1);Catarina Abreu(1);João Mirinha Luz(1);Susana Matias(1);Silvia Pereira(1);Melanie Ferreira(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Medicina geriátrica

O índice de envelhecimento em Portugal tem aumentado ao longo dos anos, contribuindo para uma população progressivamente mais envelhecida. Associadamente, tem havido um crescimento da nossa capacidade diagnóstica e de tratamento, levando-nos a refletir sobre os limites da intervenção médica numa abordagem centrada no doente geriátrico.
Apresenta-se um caso de um doente de 99 anos, com bom estado geral, autónomo, que recorreu ao serviço de urgência por dispneia e anorexia. Objetivado em exames de imagem extenso derrame pleural esquerdo pelo que foi internado para investigação etiológica. Realizou toracocentese diagnóstica e as características do líquido pleural confirmaram tratar-se de um exsudado, sem presença de células neoplásicas ou evidência de causa infecciosa. Posteriormente, por recidiva do derrame pleural, foi discutido com o doente e família a realização de biópsia pleural que, pelo risco-benefício e vontade do doente, optou por não se realizar. Assim, manteve-se uma abordagem conservadora para a qual foi necessária a colaboração da família. De facto, após ensino de sinais de alarme, a família passou a contactar a equipa médica aquando do agravamento clínico e realizaram-se toracocenteses evacuadoras conforme necessário para alívio sintomático. Após um ano de seguimento regular pela equipa médica, o doente teve apenas um re-internamento.
Este caso pretende dar o exemplo de uma abordagem conservadora que se revelou benéfica e foi ao encontro das expectativas e vontade do doente. Enquanto equipa médica fez-nos sobretudo refletir além do conhecimento teórico e da ânsia diagnóstica, priorizando-se uma abordagem que, sendo mais simplista, pode ser mais benéfica para o doente. Pode então menos ser mais para uma população envelhecida ainda que nos obrigando a nós, médicos, a lidar com a incerteza diagnóstica numa abordagem meramente sintomática?

PA n.º 1931
UMA PISTA FELINA

Catarina Alves Costa(1);Tânia Lopes(1);Célia Cruz(1);Paulo Paiva(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A Doença da Arranhadura do Gato (DAG) é uma bartonelose, sendo a Bartonella henselae o principal agente, cuja clínica mais frequente é linfadenopatia regional. No entanto, o quadro clínico pode ser mais florido e causar doença sistémica, como este caso clínico ilustra.

Caso Clínico: Homem de 25 anos, convivente com gato jovem. Admitido por febre, hipersudorese e cefaleias com 1 mês de evolução. 3 dias antes, desenvolveu visão turva e encandeamento do olho direito. O exame físico demonstrou adenopatias axilares direitas dolorosas e várias lesões de mordedura no mesmo membro superior. Analiticamente, elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia computorizada toracoabdominopélvica que identificou múltiplas adenomegalias axilares direitas, hepatoesplenomegalia e adenomegalias mesentéricas. Oftalmologia descreveu achados compatíveis com neurorretinite do olho direito. Fez biópsia excisional de gânglio axilar, anatomopatologicamente com linfadenite granulomatosa caseosa estrelada e visualização de estruturas baciliformes na coloração de Warthin-Starry. A serologia para B. henselae foi negativa e a pesquisa desse organismo por PCR no tecido ganglionar foi inconclusiva. Apesar destes resultados, foi assumida DAG dado a forte suspeição clínica e iniciou Rifampicina, Doxiciclina e prednisolona que cumpriu durante 6 semanas, sem sequelas.

Discussão: Este caso ilustra uma apresentação incomum da DAG. A neurorretinite é uma das manifestações mais raras da doença (1-2% dos casos). É importante o diagnóstico diferencial com outras causas de inflamação granulomatosa. No entanto, quando o quadro clínico é muito sugestivo e existe contexto epidemiológico, a ausência de locais de inoculação ou de isolamento microbiológico não exclui a hipótese de DAG. Nos casos de envolvimento sistémico, deve ser realizada antibioterapia dupla. A corticoterapia apenas tem lugar na neurorretinite, demonstrando redução das sequelas visuais, apesar da evidência limitada.

PA n.º 1941

Reconciliação terapêutica no internamento de Medicina Interna

Bárbara a. m. Baptista(1);Sara Fontaínhas(1);Susana Travassos Cunha(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução:
A reconciliação terapêutica consiste na obtenção sistemática de informação da medicação habitual (MH) do doente e a sua comparação com a medicação instituída em cada momento da transição de cuidados, para evitar discrepâncias ou erros. Segundo a Direção-Geral da Saúde, estima-se que até 70% da informação sobre MH contenha pelo menos um erro e até 1/3 destes tenham potencial de causar dano.
Objetivos:
Descrever o processo de reconciliação terapêutica numa amostra de doentes admitidos num serviço de Medicina Interna (MI), desde a admissão no Serviço de Urgência (SU) até à sua alta. Comparar a informação sobre medicação crónica do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) com a MH do doente.
Material e Métodos:
Realizou-se um estudo observacional com uma amostra de conveniência de 100 doentes internados no serviço de MI de um hospital distrital. Analisou-se informação sobre a MH, terapêutica instituída e registos clínicos através do Processo Clínico Eletrónico (via SClínico), RSE, PEM e Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF). Verificou-se a existência de discrepâncias entre a MH e a terapêutica instituída nas 24h e 48h após admissão, assim como a sua pertinência de acordo com o contexto clínico ou disponibilidade hospitalar. Analisou-se a tabela terapêutica da nota de alta quanto à existência de informação relativa à dose, frequência e via de administração dos fármacos instituídos.
Resultados:
A amostra selecionada era composta por 45% de doentes do sexo feminino com idade média de 76,8 anos. Cada doente realizava em média 7,2 fármacos. Dos registos realizados no SU, 90 possuíam alguma informação sobre MH, 8 doentes não tinham informação e 2 não realizavam medicação previamente. Verificou-se que 23,3% (n=21) apresentavam informação sobre os fármacos, dose, frequência e via de administração. Da análise comparativa da MH registada no SU com a PEM e RSE (n=47), verificou-se concordância com a PEM em 21,3% (n=10) e com o RSE em 23,4% (n=11). Da comparação da MH com a GHAF e SClínico, verifica-se que as discrepâncias observadas na tabela terapêutica inicial (24h) eram justificadas em 64,9% (n=61) dos doentes. Às 48h após admissão, as discrepâncias tinham justificação clínica em 70,2% (n=66) dos casos. Das 77 altas para o exterior (excluídos 18 óbitos e 5 transferências), 49,4% (n=38) especificavam o fármaco, dose, frequência e via de administração.
Conclusões:
A recolha da MH no SU, a realização da primeira tabela terapêutica e a nota de alta são pontos fulcrais à reconciliação terapêutica. Os resultados identificam lacunas de informação entre os diferentes registos, que está de acordo com a literatura. Do ponto de vista dos autores, a PEM e o RSE devem ser utilizados de forma crítica como fonte de informação sobre MH. Propõe-se mais atenção à reconciliação terapêutica, a uniformização de registos informáticos e a sistematização na recolha desta informação aquando da admissão e transição de cuidados.

PA n.º 1944

Síndrome de Heyde - um diagnóstico a considerar

José Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Gabriela Costeira Paulo(1);Carla Lemos Costa(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A síndrome de Heyde, mais comum no idoso, ocorre em doentes com estenose aórtica e hemorragia gastrointestinal por angiodisplasias. A passagem do sangue na válvula estenótica induz proteólise dos multímeros de alto peso molecular do fator de Von Willebrand, causando o Síndrome de Von Willebrand adquirido do tipo 2A. Caso clínico: Mulher de 82 anos, raça negra, hipertensa, com anemia crónica multifatorial (ferropénica e traço falciforme), estenose aórtica severa e insuficiência cardíaca isquémica e valvular classe III da NYHA, antiagregada com ácido acetilsalicílico. Admitida no SU em 01/2020, por dor retroesternal em aperto, de início em repouso, com intensidade máxima desde início e irradiação interescapular, sem lipotímia ou síncope. Refere episódios recorrentes de tonturas, astenia e perda ponderal de 5Kg nos 3 meses prévios, sem perdas hemáticas visíveis. À admissão, pele e mucosas descoradas, normotensa, taquicárdica, sem insuficiência respiratória, auscultação pulmonar sem alterações e cardíaca com sopro sistólico grau III/VI. Eletrocardiograma sem alterações de novo. Analiticamente, com anemia hipocrómica microcítica (Hb 5.3g/dL), índice proliferação de reticulócitos, ferro e ferritina baixos, VS 32mm, sem hemólise (DHL e bilirrubina total normais, sem esquizócitos ou células falciformes). Marcadores de necrose miocárdica seriados negativos. No internamento, sob ferro endovenoso, necessidade de administrar 4 unidades de concentrado eritrocitário, com baixo recobro transfusional. Endoscopia digestiva alta evidenciou angiectasias puntiformes no bulbo e duodenais, tendo sido realizada fotocoagulação. Manteve anemia estável após o procedimento (Hb 11g/dL). Efetuada substituição valvular aórtica em 04/2021, sem complicações e, desde essa altura, assintomática e sem anemia. Discussão: A síndrome de Heyde com necessidade transfusional recorrente está associada a elevada mortalidade. A substituição valvular aórtica deve ser considerada sempre que possível, permitindo melhores resultados a longo prazo (a fotocoagulação apresenta elevada recorrência de hemorragia).

PA n.º 1948

Introdução ARNI e o prognóstico na Insuficiência Cardíaca

Teresa Gouveia(1);Milton Camacho(1);Cristina Alcântara(1);Paula Alcântara(1);Carlos Moreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

A insuficiência cardíaca (IC) é uma importante causa de morbilidade e mortalidade com significativo impacto na saúde pública. A emergência de novos alvos terapêuticos permitiu melhorar o prognóstico. O nosso objectivo foi avaliar a relação do marcador péptido natriurético auricular (Pro-BNP) e da fracção de ejecção do ventrículo esquerdo (FEVE) com a introdução do inibidor da neprilisina (ARNI).

Métodos
Foi feito um estudo retrospectivo de 230 doentes com IC assistidos no nosso centro em 2019/2020. Os doentes eram excluídos caso tivessem cardiopatia valvular, doença vascular periférica, estivessem em hemodiálise, ausência de doseamento de Pro-BNP ou estratificação da FEVE e ainda se não houvesse follow up mínimo de 8-12 meses. Foram seleccionados 172 doentes, estratificados em doentes com FEVE preservada e reduzida. Em todos os doentes foi estudado o pro-BNP e realizado ecocardiograma inicial e na avaliação aos 8-12 meses. Foi preconizada a introdução de ARNI na avaliação inicial. Foi realizado um t-teste para os grupos, considerando-se significativo $p < 0,05$ (two tailed significant).

Conclusão
Observa-se que o pro-BNP desceu nos dois grupos, e aos 8-12 meses não existe diferença significativa entre ambos, pelo que os doentes com FEVE preservada parecem também beneficiar em termos de prognóstico com os ARNI. Este estudo encontra-se limitado pela pequena população e pelo facto do NT-proBNP não ser o único marcador prognóstico.
Teresa V. Gouveia, Milton Camacho, Cristina Alcântara, Paula Alcântara, Carlos Moreira.

PA n.º 1949

Granulomatose com poliangeíte versus poliangeíte microscópica: um caso clínico

José Guilherme de Assis(1);Daniela Viana(1);Joana Rua(1);Pedro Reis Pereira(1);Romeu Pires(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As vasculites associadas a anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) são um grupo heterogéneo que cursa com inflamação e necrose de pequenos vasos. Não obstante, evidência sugere que a granulomatose com poliangeíte (GPA) e a poliangeíte microscópica (MPA) exibem uma base fisiopatológica comum. O diagnóstico é apoiado em manifestações clínicas e histológicas.
Homem, 71 anos, recorre ao hospital por clínica com 1 mês de evolução caracterizada por rinorreia - refratária a corticoide nasal, antitússicos e antihistamínicos - com ocasional conteúdo hemático, recentemente associada a dispneia, astenia, poliartralgias e mialgias. Estudo analítico inicial revelou creatinina 7.95 mg/dL (basal 1.5) e ureia 220 mg/dL, sem oligoanúria, sendo admitido para investigação. Apresentava neutrofilia e trombocitose, na ausência de eosinofilia, com elevação de proteína c-reativa e d-dímeros, e leucoeritrocitúria. Pesquisa de antecedentes revelou possível abuso no consumo de anti-inflamatórios não esteroides. Investigação adicional excluiu causa obstrutiva e infeciosa, inclusive marcadores víricos. Estudo imunológico com complemento, imunoeletroforese e imunoglobulinas foi normal, enquanto a pesquisa de autoanticorpos demonstrou positividade para ANCA específicos para a proteinase 3 (PR3). Tomodensitometria revelou espessamento inflamatório dos seios nasais, sem alterações pulmonares. Na ausência de melhoria da função renal após fluidoterapia e suspensão de nefrotóxicos, perante a suspeita de vasculite ANCA, iniciou corticoterapia e ciclofosfamida com consequente resposta, permitindo suspender terapêutica dialítica entretanto iniciada por encefalopatia urémica. A biópsia renal revelou-se subóptima para integração de vasculite pauci-imune.
O fenótipo clínico e o padrão ANCA convergem no diagnóstico de GPA. Por outro lado, a ausência de granulomas e o curso insidioso são característicos de MPA. A classificação como vasculite PR3-ANCA com envolvimento renal tem utilidade, perante a ausência de implicações para a abordagem clínica. No entanto, o espectro clínico será provavelmente mais complexo que a dicotomia “GPA versus MPA” – compreensão da fisiopatologia subjacente aos autoanticorpos contribuirá para definir estratégias de tratamento diferenciadas.

PA n.º 1952

Variação da Onda de Pulso após introdução ARNI

Teresa Gouveia(1);Milton Camacho(1);Cristina Alcântara(1);Paula Alcântara(1);Carlos Moreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
A insuficiência cardíaca (IC) é uma importante causa de morbilidade e mortalidade com significativo impacto na saúde pública. A emergência de novos alvos terapêuticos permitiu melhorar o prognóstico. O nosso objectivo foi avaliar a relação da velocidade de onda de pulso (VOP) com a introdução do inibidor da neprilisina (ARNI).

Métodos
Foi feito um estudo retrospectivo de 230 doentes com IC assistidos no nosso centro em 2019/2020. Os doentes eram excluídos caso tivessem cardiopatia valvular, doença vascular periférica, estivessem em hemodiálise, ausência de doseamento de péptido natriurético cerebral (pro-BNP) ou estratificação da fracção de ejecção do ventrículo esquerdo (FEVE) e ainda se não houvesse follow up mínimo de 8-12 meses. Foram seleccionados 172 doentes, estratificados em dois grupos: doentes com FEVE preservada e reduzida. Em todos os doentes foi realizada avaliação inicial da VOP e aos 8-12 meses. Foi preconizada a introdução de ARNI na avaliação inicial. Foi realizado um t-teste para os grupos, considerando-se significativo $p < 0,05$, two-tailed significant.
Conclusão
Observa-se que a VOP foi menor nos dois grupos, e aos 8-12 meses não existe diferença significativa entre ambos, pelo que os doentes com FEVE preservada parecem também de beneficiar em termos de prognóstico com os ARNI. Este estudo encontra-se limitado pela pequena população e pelo facto da velocidade de onda de pulso não ser o único marcador de estratificação de risco cardiovascular.

Teresa V. Gouveia, Milton Camacho, Cristina Alcântara, Paula Alcântara, Carlos Moreira.

PA n.º 1956
ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: UM CASO DE HIPERCOGULABILIDADE CATASTRÓFICA

Mariana Certal(1);Michel Mendes(1);Vanessa Pires(1);Rita Bragança(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A associação entre cancro e acidente vascular cerebral (AVC) tem sido relatada em todo o mundo. Entre os vários motivos que explicam esta relação, destaca-se o facto de o cancro ativo poder aumentar a geração de trombina, causando AVC relacionado à coagulopatia. Caso clínico: Mulher de 61 anos, com dislipidemia, recorre ao serviço de urgência por disartria, paralisia facial central e parésia do membro superior esquerdo. No estudo realizado com ressonância nuclear magnética (RMN) cerebral, identificadas lesões punctiformes de predomínio cortical em ambos os hemisférios cerebrais e cerebelosos, compatíveis com lesões isquémicas agudas. No estudo etiológico realizado, ecografia transtorácica e transesofágica sem alterações, tomografia computorizada (TC) a revelar nódulos no fígado sugestivos de metástases e enfarte do baço e do rim esquerdo. O estudo anatomopatológico da lesão hepática foi sugestivo de adenocarcinoma do pulmão. A doente iniciou hipocoagulação. Semanas após o diagnóstico, recorre novamente ao SU por quadro súbito de diplopia e prostração. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, flutuação da vígilia com escala de coma de Glasgow entre 9 e 12, oftalmoparésia complexa com limitação dos movimentos oculares verticais e olho direito em abdução, hemiparésia esquerda grau 3+/5. Do estudo analítico, destaca-se d-dímeros > 20 µg/mL. Realizou estudo angiográfico por TC onde se verificou oclusão da artéria cerebral posterior direita e RMN que mostrou lesões isquémicas bitalámicas e mesencefálica direita por oclusão da artéria de Percheron. Manteve-se hipocoagulada com enoxaparina, com melhoria progressiva dos défices. Durante o internamento, apresentou novo AVC em topografia da artéria cerebral média direita. Este novo evento aumentou o grau de dependência da doente, tendo sido transferida para uma unidade de cuidados continuados. A doente teve um agravamento rápido do estado geral, com evolução desfavorável, vindo a falecer. Discussão: O caso apresentado mostra uma situação catastrófica de AVCs repetidos em contexto de coagulopatia associada ao cancro, mesmo sob hipocoagulação, reforçando a associação entre estas duas entidades e a necessidade de estudos para melhor esclarecimento dos mecanismos fisiopatológicos e da melhor estratégia de prevenção secundária.

PA n.º 1958

Tuberculose - a realidade de uma década no serviço de medicina de um hospital periférico

José Miguel Ferreira(1);Marinha Silva(1);Rita Sevivas(1);Carolina Veiga(1);Catarina Pinto Silva(1);Carla Lemos Costa(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A tuberculose (TB) constitui uma importante causa de morbimortalidade em Portugal e tem diversas formas de apresentação, devendo ser um diagnóstico diferencial a considerar em inúmeras situações. Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar retrospectivamente os casos de TB diagnosticados no Serviço de Medicina no período de uma década. Material e métodos: Realizou-se um estudo longitudinal retrospectivo, descritivo de todos os casos de TB diagnosticados em doentes com mais de 18 anos internados no Serviço de Medicina Interna de um hospital periférico entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2018. Neste estudo foram analisados os dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos, microbiológicos e terapêuticos, mediante a consulta e revisão dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de TB. Resultados: No período estudado foram diagnosticados 122 casos de tuberculose (68.9% pulmonar e 31.1% extrapulmonar). A faixa etária dos doentes variou entre os 18 e os 89 anos, com idade média ao diagnóstico de 51 anos e predomínio de doentes do sexo masculino (77%, n= 94). Relativamente ao grau de autonomia, 90 doentes (73.7%) eram autónomos (Katz 6), 23 doentes (18.8%) apresentavam dependência ligeira a moderada (Katz 3-5) e 9 doentes (7.3%) dependência grave ou total. 11 doentes estavam institucionalizados, 3 doentes (2.4%) em Unidades de Cuidados Continuados e 8 doentes (6.6%) em instituições de saúde mental. A maioria dos doentes foram admitidos através do serviço de urgência (91.8%) e os restantes transferidos de outros hospitais (5.7%, n=7), outros serviços (1.6%, n=2) ou foram internados a partir da consulta externa de Medicina Interna (0.8%, n=1). O maior número de internamentos foram registados nos anos de 2010, 2014 e 2016 com 16 internamentos, tendo sido o ano de 2016 o ano com menor número de internamentos (n=3). Nos 2 últimos anos do estudo, verificaram-se um total de 8 internamentos. A duração média do internamento foram 11 dias. Do total de doentes diagnosticados, 93.4% (n=114) eram novos casos e 6.6% (n=8) corresponderam a casos de reinfecção. A maioria dos doentes apresentava história de etilismo crónico (54.9%, n=67) e tabagismo (n=69, 56.6%, dos quais 53 eram fumadores e 16 ex-fumadores). Foi constatado consumo de drogas em apenas 1 doente que consumia cocaína inalada, internado com tuberculose pleural. Apenas 2 doentes apresentavam infecção HIV, ambos com menos de 200 células/mm3 e ambos apresentavam uma forma mista com tuberculose ganglionar e pulmonar concomitante. A grande maioria dos doentes iniciaram o esquema terapêutico HRZE (Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol). Verificaram-se 13 óbitos (10.6%) no internamento, 4 doentes (3.3%) necessitaram de admissão em cuidados intermédios/intensivos e os restantes 105 doentes (86.1%) tiveram alta com melhoria clínica, orientados para consulta externa de Medicina e/ou para Centro de Diagnóstico Pneumológico. Conclusões: A tuberculose constitui um problema de saúde pública em Portugal, com necessidade de um diagnóstico e rastreio de contactos eficaz e atempado. O atraso no diagnóstico condiciona formas de apresentação mais graves, sendo particularmente relevante em doentes com múltiplas comorbilidades e nos extremos das faixas etárias. É fundamental garantir a equidade de acesso aos cuidados

de saúde como forma de permitir a prevenção, diagnóstico e tratamento atempado dos casos de tuberculose.

PA n.º 1964

Síndrome hemofagocítica: um diagnóstico a considerar no adulto

Maria Inês Roxo(1);Olga Capontes(1);Inês Esteves Cruz(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: A síndrome hemofagocítica é uma síndrome de hiperativação imune com envolvimento multiorgânico e potencialmente ameaçadora da vida, sendo frequentemente espoletada por condições infeciosas, malignas ou autoimunes. Apesar de mais comum em idade pediátrica, pode afetar qualquer faixa etária.
CASO CLÍNICO: Homem de 69 anos recorreu ao serviço de urgência por quadro com 10 dias de evolução de febre, tosse produtiva mucopurulenta e dispneia. À observação, febril, polipneico, com crepitações na metade inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente, a destacar anemia e trombocitopenia de novo, aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 40 mg/dL), lesão renal aguda, aumento da LDH (530 U/L) e ligeira citocolestase. A tomografia computorizada de tórax sugeria pneumopatia infeciosa no lobo superior, língula e inferior esquerdos. Foi admitida pneumonia adquirida na comunidade, tendo sido iniciada antibioterapia.
No início do internamento, evoluiu para pancitopenia (nadir de hemoglobina 11 g/dL, leucócitos 3,5x109/L, plaquetas 71x109/L), com agravamento da função renal (creatinina 2,57 mg/dL) e da citocolestase (com AST 158 U/L). Apresentava estudo do ferro compatível com doença inflamatória ativa (a destacar hiperferritinemia significativa de 4690 ng/mL), salientando-se ainda hipertrigliceridemia de 500 mg/dL. Pela suspeita de síndrome hemofagocítica, foi realizado mielograma, que revelou macrófagos em número aumentado, alguns com sinais de fagocitose e raros com hemofagocitose, sem evidência de doença hematológica neoplásica. Ecograficamente sem hepato ou esplenomegalia. Na cultura da expetoração isolou-se E. coli produtora de ESBL.
Face a estes achados, assumiu-se o diagnóstico de síndrome hemofagocítica em contexto infecioso. Com a resolução da pneumonia, houve recuperação da pancitopenia e restantes alterações analíticas, sem necessidade de terapêutica adicional.
DISCUSSÃO: A síndrome hemofagocítica é um diagnóstico desafiante pela sua raridade, variabilidade de apresentação e baixa especificidade dos achados clínicos e laboratoriais. A gravidade pode exigir terapêutica específica urgente; porém, em doentes estáveis, o tratamento da causa subjacente pode ser suficiente para a resolução do quadro. Serve o presente caso para sensibilizar os clínicos para esta entidade.

PA n.º 1965
Eritema multiforme major por HSV-1
Luísa Dornelas(1);Diogo Lopes, Ana Sá, Vanessa Palha, Mauro Pereira, Teresa Pimentel, Narciso Oliveira(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Outro

Introdução: O diagnóstico diferencial de exantema no adulto pode ser difícil na prática da Medicina Interna. O eritema multiforme (EM) é uma doença aguda, rara, com envolvimento muco-cutâneo e heterogeneidade clínica, de etiologia variada.
Caso clínico: Homem de 44 anos, com antecedentes de aftas orais recorrentes, recorre ao Serviço de Urgência por erupção cutânea com quatro dias de evolução, associado a úlceras genitais e orais, intolerância alimentar, perda ponderal, astenia e febre. Ao exame físico apresentava lesões cutâneas em alvo e maculo-vesiculares dispersas pelos membros e tronco, lesões vesiculares herpetiformes nos lábios e cavidade oral e úlceras dolorosas na língua e região genital. Do estudo realizado, serologia positiva para vírus de herpes simplex 1 (HSV-1). A biópsia cutânea revelou lesões de interface vacuolar, permeação linfocitária na interface e queratócitos apoptóticos, características compatíveis com EM. Durante o internamento realizada corticoterapia, com franca melhoria clínica.
Discussão: O EM é uma reacção de hipersensibilidade aguda, ocasionalmente recorrente, de apresentação clínica variável. A etiologia infecciosa é mais frequente, nomeadamente a infecção por HSV; em menor frequência, pode ser originado por medicamentos. Os achados principais são as lesões cutâneas em alvo que se podem tornar bolhosas ou ulceradas, predominando habitualmente nas extremidades, podendo surgir também nas mucosas. O seu diagnóstico é clínico, sendo o diagnóstico diferencial com Doença de Behçet, síndrome de Stevens-Johnson e penfigóide bolhoso. O tratamento depende da gravidade, podendo ser necessária corticoterapia sistémica nos casos graves, em associação ao tratamento sintomático. No EM recorrente causado por HSV, o tratamento inclui também tratamento antivírico prolongado.

PA n.º 1970

MIELOPATIA NUTRICIONAL: O ESCORBUTO COMO PISTA DIAGNÓSTICA

Andreia Daniel(1);Miguel Saianda Duarte(2);Teresa Costa e Silva(1);Rita Moiron Simões(2);Susana Franco(1);Célia Machado(1)
(1) Serviço Medicina Interna - Hospital Beatriz Ângelo, Loures (2) Serviço Neurologia - Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: O Escorbuto é uma patologia rara cujo diagnóstico é prevalente em populações com défices alimentares ou restrições dietéticas secundárias a doenças psiquiátricas. A relação entre o escorbuto e mielopatia de causa metabólica não é amplamente conhecida.
Descrição caso clínico: Homem de 25 anos, caucasiano e sem doenças conhecidas foi trazido à urgência por quadro de agitação psicomotora e alucinações visuais com uma semana de evolução com evidentes sinais de desidratação, caquexia e múltiplas lesões punctiformes peri-foliculares violáceas nos membros inferiores. Apurou-se síndrome de desnutrição proteico-calórica associado a quadro de mioclonias generalizadas, ataxia cerebelosa e sensitiva e sinais sugestivos de polineuropatia proximal de etiologia a esclarecer, pelo que, o doente foi internado para investigação. Do estudo complementar destaca-se: EEG sem atividade patológica, RM-CE com atrofia cortico-subcortical difusa ligeira sem sinais sugestivos de encefalopatia de Wernicke, EMG com polineuropatia sensitivo-motora de predomínio axonal, PESS com defeito de condução das vias centrais bilateralmente e RM medular sem alterações estruturais. Analiticamente com bicitopénia (Hb 11.4 g/dL e plaquetas de 8.000), hipovitaminanose de B2, C, calcitriol e ácido fólico. Admitiu-se mielopatia de causa metabólica por défices nutricionais e psicose secundária a desnutrição. Iniciou reposição multivitamínica, antipsicóticos e dieta oral. Investiu-se na reabilitação com melhoria dos défices motores e observou-se evolução favorável das alterações clínicas e laboratoriais.
Discussão: Das várias manifestações clínicas do escorbuto não existe uma correlação linear entre a hipovitaminose C e as alterações neurológicas sugestivas de mielopatia. Embora exista, frequentemente, em conjunto com o défice de vitamina C doseamentos baixos de outras vitaminas, não se pode excluir a possibilidade da influência do escorbuto na etiologia de mielopatias de causa metabólica.

PA n.º 1973

Uma apresentação rara de Febre Q

Laura Lopes(1);Adriana Santos Henriques(1);Ana Luísa Nunes(1);Rui m Santos(1);Lelita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Febre Q é uma zoonose causada pela Coxiella burnetii que se pode apresentar como uma síndrome gripal auto-limitada, pneumonia, hepatite e ainda, muito raramente, sob a forma de pericardite ou miocardite. Pode evoluir para a cronicidade, sendo a endocardite a forma de expressão mais frequente. Os testes serológicos são o principal método indireto de diagnóstico e a variação de fase é o que permite a distinção entre infeção aguda e crónica. O tratamento faz-se com doxiciclina, associando-se hidroxicloroquina na fase crónica.
Descrição do caso: Mulher, de 77 anos, residente em meio rural, desenvolveu precordialgia pleurítica com agravamento em decúbito dorsal a motivar observação médica. Medicada com ibuprofeno e colchicina por suspeita de pericardite aguda, sem melhoria. Retornou ao serviço de urgência com polipneia e sibilância bilateral à auscultação pulmonar. Identificou-se insuficiência respiratória hipoxémica, parâmetros inflamatórios elevados e derrame pericárdico no ecocardiograma transtorácico. Realizou TC torácica que confirmou a presença de derrame pericárdico e mostrou ainda derrame pleural esquerdo, cisurite ipsilateral e consolidação envolvente. Foi medicada com ceftriaxone, azitromicina, corticoterapia sistémica e colchicina por pericardite aguda e pneumonia da comunidade, com melhoria clínica e analítica progressivas. Teve alta a aguardar resultado de serologias e na consulta de reavaliação verificou-se positividade para Coxiella burnetii (título 1:640), com anticorpos de fase I positivos, confirmando o diagnóstico de febre Q crónica.
Discussão: A dificuldade diagnóstica da Febre Q pelos métodos laboratoriais utilizados e pelo espetro de manifestações clínicas, às vezes raras, como a pericardite aguda, faz com que alguns doentes não sejam tratados, evoluindo para Febre Q crónica. Estes doentes devem fazer um tratamento antibiótico prolongado, de modo a evitar a progressão da doença.

PA n.º 1976

Síndrome de Gradenigo como forma de apresentação de trombose sética do seio lateral

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Baltazar(1);Catarina Gonçalves(1);Vera Costa Santos(2);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital Amadora Sintra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A trombose séptica do seio lateral é uma complicação rara da patologia do ouvido médio com elevada mortalidade. Pode apresentar-se com depressão do estado de consciência, rigidez da nuca e por vezes com síndrome de Gradenigo (SG) - tríade de dor retro-orbitária, otorreia e paralisia do VI par - nervo motor ocular externo ipsilateral à lesão.

Caso clínico:
Apresenta-se o caso de um homem de 81 anos com antecedentes de doença cerebrovascular admitido por náuseas, vómitos, cefaleia e ataxia com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava parésia do VI par à esquerda e vertigem de origem central. A TC do ouvido documentou osteomielite da base do crânio, com otomastoidite esquerda, confirmada por RM com sinais de labirintite, trombose do seio lateral, colecções infecciosas no ângulo ponto-cerebeloso e reacção inflamatória paquimeníngea. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, meropenem e cotrimoxazol e foi submetido a timpanotomia, mastoidectomia e miringotomia. Das amostras colhidas para estudo microbiológico, não foi isolado qualquer agente. Após a cirurgia iniciou uma lenta recuperação adjuvada por medicina física e reabilitação. Por necessidade de manter antibioterapia de longo prazo (por um período não inferior a seis meses), manteve inicialmente internamento na enfermaria de infeciologia, enquanto se preparou a transição para regime de hospitalização domiciliária.

Discussão:
A trombose do seio lateral é uma complicação rara da otite média. Na investigação foram fundamentais a anamnese e a interpretação correta da etiologia da vertigem e do SG. Este caso ilustra a dificuldade terapêutica na abordagem da trombose do seio lateral e o desafio da antibioterapia de longo prazo. Neste contexto destaca-se o papel central da Medicina Interna na gestão de um doente que requereu uma abordagem multidisciplinar, envolvendo várias especialidades (Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Neurologia, Infeciologia, Cirurgia Geral, Oftalmologia e Neurorradiologia).

PA n.º 1981
Da amigdalite à agranulocitose: a propósito de um caso
Dany Cruz(1);Flávia Freitas(1);Gabriela Paulo(1);Cristina Marques(1);Francisca Pereira(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO A agranulocitose medicamentosa é uma complicação rara mas potencialmente fatal do uso de medicamentos, como os antibióticos.
CASO CLÍNICO Sexo masculino, 43 anos, sem comorbilidades. Por odinofagia e febre foi medicado com Amoxicilina-Ácido Clavulânico. Posteriormente fez 3 tomas de Benzilpenicilina e foi associado macrólido. Recorreu ao Serviço de Urgência com febre (38.8ºC), odinofagia, adenopatias axilares, inguinais e epitroclear. Analiticamente com leucopenia (1200/mm3), com 0 neutrófilos/mm3 e 1100 linfócitos/mm3, hemoglobina 11.4 g/dL, 711000 plaquetas/mm3 e Proteína C Reativa de 31.10 mg/dL. No esfregaço de sangue, leucopenia acentuada com inversão de fórmula leucocitária, sem alterações morfológicas e sem células imaturas. No TC sem esplenomegalia ou outras adenopatias. Iniciada Piperacilina-Tazobactam, que cumpriu 10 dias sem resolução do do quadro. Fez filgastrim durante 3 dias, sem resposta. Do estudo etiológico infecioso, sem alterações. Fez exérese de adenopatia, que foi indicativa de gânglio reativo. Escalada antibioterapia para Meropenem e Vancomicina, que cumpriu 8 dias. No mielograma com agranulocitose, trombocitose e alterações da maturação da série eritroide. Na biópsia da Medula Óssea com achados compatíveis com etiologia tóxica/medicamentosa. Colocada a hipótese de agranulocitose tóxica secundária a beta-lactâmicos. Evolução favorável com recuperação da série mielóide e resolução analítica completa, bem como apirexia sustentada.
DISCUSSÃO A agranulocitose é um dos efeitos adversos mais graves dos medicamentos. Os antibióticos beta-lactâmicos, fármacos amplamente utilizados na prática clínica, são uma das classes medicamentosas mais associadas a agranulocitose tóxica.

PA n.º 1986

Um caso de Fenocópia de Brugada por lesão cerebral

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Rodrigues(1);Catarina Gonçalves(1);Nelson Cunha(1);João Gouveia(1);Isabel Moniz(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução:
A Síndrome de Brugada (SB) é uma doença autossómica recessiva caracterizada por canalopatias associadas a um padrão electrocardiográfico específico com risco de arritmias malignas e morte súbita. As fenocópias de Brugada (FBr) são entidades clínicas que apresentam padrões electrocardiográficos semelhantes, mas cuja fisiopatologia assenta em condições transitórias, que uma vez resolvidas deixam de apresentar o típico padrão de Brugada.

Caso clínico:
Apresenta-se o caso de um jovem de 21 anos de idade, admitido na unidade de cuidados intensivos neurocríticos por politraumatismo após colisão de alta cinética com um veículo enquanto andava a cavalo. Apresentava traumatismo cranioencefálico grave com fratura frontoparietal esquerda e fratura da base do crânio com pan-hemossinus. Adicionalmente apresentava múltiplos focos de contusão, com hematoma subdural falco-tentorial e hemorragia subaracnoideia. No 8º dia de internamento, documenta-se electrocardiograma com padrão de Brugada tipo 1 não presente na admissão. Após avaliação pela cardiologia, foi decidido manter vigilância com suspensão de fármacos prolongadores do intervalo QT. No 12º dia de internamento verificou-se resolução do padrão electrocardiográfico, com desaparecimento do padrão de Brugada e recuperação do padrão electrocardiográfico da admissão.

Discussão:
Embora a ocorrência de FBr seja relativamente rara, estão descritas várias condições associadas com este fenómeno. As mais frequentes são desequilíbrios electrolíticos, doenças neuromusculares, compressão mecânica ou alterações hemodinâmicas. A lesão cerebral é uma causa muito rara de FBr. A distinção entre SB e FBr é importante pelo prognóstico associado e assenta em vários critérios: padrão electrocardiográfico característico, presença de condição predisponente, resolução do padrão após eliminação da condição, baixa probabilidade pré-teste e teste provocatório negativo.

PA n.º 1992

DURAÇÃO DO INTERNAMENTO E MORTALIDADE POR COVID-19, ENTRE AS 1ª E 5ª VAGAS, CONSOANTE COMORBILIDADES

Edgar Amaro(1);Marta Baião(1);Rita Relvas(1);Soraia Mendes(1);Vander Sabino(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: Uma minoria dos infetados com SARS-CoV-2 desenvolve doença grave, maioritariamente idosos e doentes com comorbilidades.
OBJETIVO: Comparar a duração do internamento e a mortalidade em doente internados em covidário consoante as comorbilidades, entre a 1ª e a 5ª vagas.
MÉTODOS: Realizou-se um estudo observacional retrospetivo, que incluiu os doentes internados em covidário, no Hospital de Cascais, nos períodos de 28/03/2020 a 27/07/2020 e 24/12/2021 a 24/02/2022. Comparou-se a prevalência de comorbilidades bem como a duração do internamento e a mortalidade consoante as comorbilidades, em ambos os períodos.
RESULTADOS: Na 1ª vaga, foram analisados 167 doentes dos quais 98 (59%) eram hipertensos, 40 (24%) diabéticos, 51 (31%) apresentavam Cardiopatia, 32 (19%) Doença Cerebrovascular, 14 (8%) Tabagismo Ativo, 10 (6%) DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), 2 (1%) Asma, 28 (17%) Neoplasia Ativa, 3 (2%) Doença Hepática Crónica (DHC), 9 (6%) Doença Renal Crónica superior a grau 3 (DRC>G3) e 3 (2%) Doença Autoimune (DAI), verificando-se 40 (24%) doentes sem comorbilidades.
Na 2ª vaga, foram analisados 208 doentes dos quais 125 (60%) eram hipertensos, 64 (31%) diabéticos, 62 (30%) apresentavam Cardiopatia, 33 (16%) Doença Cerebrovascular, 15 (7%) Tabagismo Ativo, 21 (10%) DPOC, 10 (5%) Asma, 43 (21%) Neoplasia Ativa, 10 (5%) DHC, 23 (11%) DRC>G3 e 12 (6%) DAI, contando-se 28 (13%) doentes sem comorbilidades.
As medianas dos dias de internamento nas 1ª e 2ª vagas foram, respetivamente, nos doentes hipertensos 15 e 6, nos diabéticos 15,5 e 6, nos doentes com Cardiopatia 16 e 6, nos doentes com Doença Cerebrovascular 10,5 e 6, nos Fumadores 10 e 4, nos doentes com DPOC 14 e 6, nos asmáticos 14 e 7, nos doentes oncológicos 10 e 6, nos doentes com DHC 3 e 6.5, nos doentes com DRC >G3 16 e 6, nos doentes com DAI 20 e 6.5 e nos doentes sem comorbilidades 8 e 7.
A mortalidade em doentes na 1ª e na 2ª fases foi, respetivamente, em doentes hipertensos 19% (19) e 20% (25), em diabéticos 17,5% (7) e 30% (19), nos doentes com cardiopatia 24% (12) e 26% (16), nos doentes com doença cerebrovascular 28% (9) e 33% (11), nos fumadores 29% (4) e 7% (1), nos doentes com DPOC 20% (2) e 24% (5), nos asmáticos 0% e 1% (1), nos doentes oncológicos 43% (12) e 23% (10), nos doentes com DHC 33% (1) e 50% (5), nos doentes com DRC >G3 56% (5) e 35% (8), nos doentes com DAI 0% e 8% (1) e nos doentes sem comorbilidades 8% (3) e 11% (3).
CONCLUSÕES: Todas as comorbilidades foram mais prevalentes na 2ª vaga, exceto Doença Cerebrovascular e Tabagismo Ativo que foram mais prevalentes na 1ª e HTA e Cardiopatia que tiveram prevalência sobreponível em ambas as vagas.
A mediana da duração dos internamentos foi superior em todas as comorbilidades na 2ª vaga, exceto na DHC, em que foi inferior.
A mortalidade foi superior na segunda vaga em todas as comorbilidades, exceto Tabagismo Ativo, Neoplasia Ativa e DRC, nas quais foi inferior, e também em HTA, Cardiopatia e DAI em que a mortalidade foi sobreponível.

PA n.º 1993

Miopatia necrotizante imuno-mediada como Síndrome Paraneoplásica

Soraia Mendes(1);Ana Paula Antunes(1);Madalena Sousa Silva(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A miopatia necrotizante imuno-mediada (IMNM) quando associada a malignidade considera-se uma síndrome paraneoplásica. O seu diagnóstico implica o doseamento de enzimas musculares e um estudo imunológico.
Caso clínico: Homem de 63 anos, ex-fumador, trazido ao Serviço de Urgência (SU) por queda em contexto de diminuição da força dos membros inferiores (MI). Apresentava astenia, perda ponderal, tosse seca e disfagia para sólidos/líquidos. Objetivamente, com diminuição simétrica da força dos MI. Analiticamente, com elevação de enzimas musculares (CK 77324 UI/L, LDH 1841 UI/L, mioglobina 5192 mg/L, aldolase 313.1 UI/L). Na TC crânioencefálica (CE) apresentava hiperdensidade nodular intra-axial cortical parieto-occipital externa à direitainterpretada como metástase ou cavernoma. Para esclarecimento de neoplasia primária, realizou TC cervico-toraco-abdomino-pélvica, que identificou espessamento parietal do esófago médio, heterogéneo, com expressão de massa com crescimento extra-luminal suspeito de lesão neoplásica.Através de endoscopia digestiva alta foi diagnosticado Carcinoma pavimento celular invasivo. Dada rabdomiólise exuberante, realizado estudo imunológico com anticorpos anti-nucleares e anti-SRP positivos.
Perante anti-SRP positivo e alterações musculares típicas em doente com neoplasia, foi diagnosticada IMNM. Após tratamento dirigido verificou-se uma melhoria clínica e analítica, com enzimas musculares em cinética descendente. Em ambulatório realizou RMN CE que caracterizou a lesão como cavernoma.
Após referenciação à especiadalide de Oncologia, por manutenção de queixas de disfagia, foi submetido a implantação de prótese esofágica. Posteriormente, retorna ao SU por astenia, recusa alimentar e dor generalizada, interpretadas como progressão de doença oncológica, culminando no exitus.
Discussão: Em doentes com atingimento muscular clínico ou analítico (elevação de creatina quinase >50x acima da normalidade), deve realizar-se estudo imunológico direcionado à IMNM. A combinação de autoanticorpo específico positivo e clínica típica permite o diagnóstico desta patologia. No entanto, ressalva-se a importância de iniciar tratamento no caso de suspeita elevada e avaliar patologias concomitantes.

PA n.º 1998

Diagnóstico diferencial incomum de omalgia

Ana Lourenço Jardim(1);André Rodrigues Guimarães(1);Rui Ribeiro(1);Pedro Rodrigues(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

A Medicina Interna define-se como a especialidade do doente, prezada pela sua curiosidade e eficiência em integrar toda a informação de um doente, incluindo uma pormenorizada anamnese e cuidado exame objetivo.
Homem, 71 anos. Antecedentes de Hipertensão Arterial, Hiperplasia Benigna da Próstata, patologia osteoarticular da cervical e de nefrectomia direita por adenocarcinoma de células renais localizado, 15 anos antes da admissão, já com alta da consulta de seguimento. Recorreu ao Serviço de Urgência por omalgia com meses de evolução, sem trauma associado. Ao exame objetivo foi identificada tumefação no bordo lateral da omoplata com aproximadamente 7cm de diâmetro, que em radiografia do ombro aparentava ter componente lítico, tendo ficado internado para estudo da mesma.
Realizada tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica para melhor caracterização, que identificou lesão nodular nos músculos infra espinhoso e deltóide, com invasão e destruição da omoplata, sugestiva de lesão secundária, e nódulos pulmonares suspeitos de metastização. Antigénio prostático normal, sem anemia, LDH e cálcio normal, sem alterações no proteinograma eletroforético. Efetuada caracterização por biópsia da lesão do músculo deltóide, que identificou metástase de carcinoma de células claras do rim (CCCR).
O CCCR é das neoplasias urológicas mais letais, sendo a nefrectomia o tratamento de eleição. Mesmo com doença localizada à data de diagnóstico, há recorrência em 20-40% dos doentes, maioritariamente nos primeiros 5 anos. Pode haver metastização para qualquer tecido, acometendo preferencialmente pulmão, osso e cérebro. Apesar de menos comum, sabe-se que o CCCR pode apresentar recorrência tardia (após os cinco anos), tal como neste caso, pelo que deverá sempre ser equacionada essa hipótese de diagnóstico diferencial, mesmo na ausência de evidência de lesão primária.

PA n.º 1999
O IMPACTO DO SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR NO DOENTE IDOSO

José Pedro Oliveira Abreu Fernandes(1);José Teixeira Magalhães(1);Ana Rita Ramalho(1);Maria João Rocha(1);Khrystyna Fedak(1);Ana Filipa Fernandes(1);João Porto(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Medicina geriátrica

Introdução
A síndrome da veia cava superior (SVCS) decorre da estase venosa secundária à obstrução da veia cava superior, seja por trombose, compressão extrínseca ou invasão direta. A gravidade dos sintomas e a terapêutica dos doentes com SVCS são atualmente classificadas pelas escalas de Yu/Yale e Kishi. Até à data, as alterações analíticas não tinham sido avaliadas como critério modelador de prognóstico no SVCS.
O estudo visa analisar resultados clínicos, analíticos e terapêuticos em idosos com SVCS, assim como avaliar a potencial introdução de novos critérios de prognóstico.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo com análise de processos eletrónicos de idosos (pessoas com mais de 65 anos) com SVCS internados num Hospital Terciário entre 2017 e 2019.

Resultados:
Amostra constituída por 24 doentes (14 masculinos), mediana 75,26 anos (âmbito interquartil [AIQ] 9,48 anos), mediana de índice de Katz 6,00 (AIQ 2,5), mediana de índice Charlson 3,00 (AIQ 2,50). Previamente ao diagnóstico SVCS, 11 doentes apresentavam neoplasia, 4 apresentavam dispositivos intravasculares e 6 estavam hipocoagulados (4 com INR em níveis terapêuticos). Foram diagnosticados com doença oncológica após o SVCS 9 doentes.
Das neoplasias estudadas a mais comum foi o Carcinoma pulmonar (n=6), seguido das doenças linfoproliferativas.
Segundo a escala Yu/Yale, 2 doentes foram classificados como grau 0 (assintomáticos), 14 doentes como grau 1 (doença ligeira) e 4 doentes como grau 2 (doença moderada). Na escala Kishi, 19 doentes apresentam pontuação inferior a 4 pontos.
Quanto ao tratamento 5 doentes realizaram corticoterapia, 7 doentes quimioterapia ou radioterapia, 17 anticoagulação e 4 doentes colocaram stent intravascular.
Dos doentes estudados, 17 faleceram e 8 desses durante o internamento do diagnóstico. Tempo mediano desde diagnóstico até óbito 1,4 meses (AIQ 8,11)
No estudo não se estabeleceu diferença estatisticamente significativa entre alterações analíticas, tipo de obstrução, pontuação nas escalas de classificação de risco ou tipo de tratamento com a mortalidade geral ou intra-hospitalar.

Conclusões:
O SVCS apresenta-se como síndrome associado a doença oncológica que acarreta um comprometimento importante da sobrevida.
Nos idosos verifica-se a tendência de diminuição de sobrevida. Devem ser realizados mais estudos com maior amostra.

PA n.º 2000

Um caso de hiponatrémia persistente após Acidente Vascular Cerebral

Ana Lourenço Jardim(1);Sara Ribeiro(1);Sofia Moreira(1);Diana Leite Russo(1);Paula f. Matias(1);Pedro Rodrigues(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A hiponatrémia é um diagnóstico vasto, que envolve inúmeros diagnósticos diferenciais e, consequentemente, inúmeras atitudes terapêuticas.
Mulher de 73 anos. Antecedentes de Hipertensão Arterial, Obesidade e Dislipidemia. Internada por Acidente Vascular Cerebral isquémico da Artéria Cerebral Média direita, de etiologia cardioembólica. À admissão no Serviço de Urgência com NIHSS 7, tendo sido submetida a trombólise. Após procedimento, evidenciado agravamento dos défices motores – NIHSS 15 – tendo sido objetivada transformação hemorrágica em imagem de controlo.
Durante o internamento, manteve défices neurológicos estáveis, com flutuações do estado de consciência. Ao 5º dia de internamento desenvolve hiponatrémia (sódio sérico de 121 mEq/L) hipovolémica, associada a poliúria. Colhido estudo urinário, que revelou sódio urinário e osmolaridade urinária elevados (Sódio urinário 83 mEq/L e Osmolaridade urinária 539 mOsm/Kg). Iniciada correção com soro hipertónico, com discreta melhoria da natrémia. Posteriormente instituída restrição hídrica, não tendo surtido efeito. Pela suspeita de Cerebral Salt Wasting Syndrome, iniciada fludrocortisona e suplementação de 13g de NaCl por dia, atingindo níveis normais de sódio sérico.
O Cerebral Salt Wasting Syndrome, é uma potencial causa de hiponatrémia associada a alterações estruturais do Sistema Nervoso Central (SNC), que tende a ser transitória. Manifesta-se através de hiponatrémia hipovolémica, devido perda urinária de sódio, e poliúria. Ocorre particularmente associada a hemorragia subaracnoideia, podendo, contudo, coexistir noutras situações intracranianas, devendo ser equacionada como diagnóstico diferencial para adequada estratégia terapêutica.

PA n.º 2001

Pneumonite grave por agentes oportunistas em doente imunocompetente (ou talvez não)

Pedro Frazão(1);Bruno David Freitas(1);Francisca Dâmaso(1);Ana Lynce(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A corticoterapia é utilizada como agente imunossupressor em múltiplos contextos clínicos. As infeções por agentes oportunistas, como Citomegalovírus (CMV) e Pneumocystis jirovecii (PCJ), comummente associadas a imunossupressão por SIDA, transplante de órgão, ou outra medicação imunossupressora, estão descritas em doentes sob corticoterapia sistémica, previamente imunocompetentes.
Caso Clínico: Mulher de 47 anos, saudável, submetida a craniotomia para exérese de lesão ocupando espaço em março de 2022 com terapêutica posterior com dexametasona (dose cumulativa em dois meses de 590mg), recorre em maio ao Serviço de Urgência por quadro de cansaço com prostração e astenia com 6 dias de evolução. Encontrava-se hipoxémica, hemodinamicamente estável e apirética, destacando-se da gasimetria arterial em ar ambiente: pH 7.485, pCO2 35.0mmHg, pO2 49.0mmHg, Hb 9.0g/dL, sO2 84%, Lactatos 1.1mmol/L, HCO3- 26.3mmol/L. Imagiologicamente: angio-TC torácica com áreas de densificação intersticial bilateralmente com áreas em vidro despolido dispersas em relação com pneumopatia intersticial e presença de tromboembolismo pulmonar envolvendo a artéria pulmonar esquerda, ramos segmentares e subsegmentares da pirâmide basal; ecocardiograma transtorácico com disfunção do ventrículo direito. Iniciou terapêutica hipocoagulante e, por evolução desfavorável, houve necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte vasopressor. No estudo etiológico, fez lavado broncoalveolar com isolamento de CMV e PCJ. Iniciou terapêutica dirigida aos agentes identificados e foram descartadas outras causas de imunossupressão, tendo evoluído favoravelmente.
Discussão: Os autores pretendem alertar para o risco real de doença infecciosa grave em contexto de corticoterapia sistémica em doentes previamente imunocompetentes e ainda refletir sobre a pertinência do desenvolvimento de guidelines para profilaxia infecciosa.

PA n.º 2013

Artrite Séptica e terapêutica imunossupressora- a nova era

Alexandra Wahnon(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Liliana r. Santos(1);Maria José Marques Pires(1);Carolina António Santos(1);Pedro Samuel Figueiredo(1);Hugo Félix(1);Lilia Savka(1);Carolina Brandão Monteiro(1);Marisa Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Os imunossupressores têm desempenhado um papel central no tratamento das artropatias inflamatórias. No entanto, com o evoluir da investigação nesta área, nomeadamente das terapêuticas biológicas, tem-se alterado o espectro das apresentações clássicas das infeções do osso, articulações e tecidos moles.
A artrite séptica é considerada uma emergência ortopédica e, historicamente, as suas causas mais comuns têm sido o Staphylococcus aureus e a Neisseria gonorreia. No entanto, na era moderna dos tratamentos biológicos, as suas causas têm sido reconsideradas.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, com antecedente pessoal de psoríase de longa evolução, com afeção articular, medicada com terapêutica biológica com Tildrakizumab, tendo realizado anteriormente o Ustekinumab, metotrexato e ciclosporina. Admitida por calafrios, febre e gonalgia direita com 3 dias de evolução. Exame objetivo com edema e sinais inflamatórios do joelho direito e, adicionalmente, com edema e dor no cotovelo esquerdo. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 20.8mg/dL, PCT 0.97ng/mL, VS 4mm). A artrocentese ecoguiada apresentava 28524 células, 76% de Neutrófilos e na cultura em aerobiose isolou-se o Streptococcus dysgalactiae. Hemoculturas aeróbias com isolamento do mesmo agente. No 2º dia de internamento realizou artrotomia do joelho direito e cotovelo esquerdo, com saída de pús no imediato, sem intercorrências. O ecocardiograma transesofágico excluiu endocardite. Cumpriu 16 dias de antibioterapia com Penicilina 24MU em internamento, tendo cumprido mais 4 semanas de amoxicilina em ambulatório, com melhoria progressiva.
Conclusão: Uma elevação mínima dos parâmetros de fase aguda na ausência de sinais sistémicos de infeção pode ser interpretada erradamente como uma exacerbação de artrite inflamatória crónica. Assim, torna-se premente a necessidade de reconhecer as mudanças face a artrite séptica na era dos novos imunossupressores.

PA n.º 2020

Arterite de Células Gigantes: Uma causa incomum de AVC

Alexandra Wahnon(1);Catarina Sousa Gonçalves(1);Carolina Carreiro(1);Liliana r. Santos(1);Maria José Marques Pires(1);Carolina António Santos(1);Pedro Samuel Figueiredo(1);Hugo Félix(1);Lilia Savka(1);Carolina Brandão Monteiro(1);Marisa Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A arterite de células gigantes (ACG) é uma doença inflamatória crónica imunomediada que afeta artérias de médio e grande calibre. A apresentação clássica inclui cefaleias, alterações visuais e claudicação mandibular. Trata-se da vasculite mais comum nos adultos e uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC), em particular do território vertebro-basilar.
Caso clínico: Mulher de 70 anos, com antecedente relevante de síndrome metabólico. Admitida por quadro de disartria, desvio da comissura labial e hemiparesia esquerda. Exame objetivo com paralisia facial central, nistagmo horizontal, disartria ligeira, hemiparesia esquerda e diplopia. Angio-tomografia crânioencefálica (Angio-TC CE) sem lesão vascular aguda. Diagnóstico presuntivo de AVC isquémico e realizado trombólise com alteplase. Após 48 horas apresentou hipostesia da face de novo, com TC CE a destacar área lesional do braço posterior da cápsula interna e coroa radiária direita, compatível com foco isquémico recente. Realizado switch de aspirina para clopidogrel. Estudo etiológico a destacar elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 113mm e PCR 2.81mg/dL) e anemia de doença crónica, a favor de estado inflamatório sistémico. Ressonância magnética CE com oclusão da artéria vertebral esquerda e do tronco basilar. Doppler das artérias temporais a evidenciar “halo” inflamatório, tendo iniciado Prednisolona em alta dose atendendo à possibilidade de vasculite cerebral. A Biópsia das artérias temporais demonstrou ACG. Verificou-se melhoria do estado neurológico e inflamatório sistémico, com redução progressiva da corticoterapia.
Conclusão: A apresentação inicial da ACG como AVC, especialmente no território vascular posterior, é uma condição clínica rara. A elevação dos parâmetros inflamatórios sistémicos devem elevar a suspeição clínica e pensa-se que desempenham um papel central no aumento do risco de AVC. Este caso ilustra a importância de se considerar apresentações atípicas de doença, levando ao diagnóstico e tratamento atempados e adequados.

PA n.º 2021

Polineuropatia inflamatória aguda como manifestação inicial de COVID-19

Andreia Mandim(1);Cristina Silva(2);Joana Vasconcelos(1);Ana Sofia Silva(1);Raquel Moreira Cruz(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2) USF Aqueduto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Síndrome Guillain-Barré pode manifestar-se, de forma rara, à infeção por SARS-CoV-2 sendo que a sua fisiopatologia continua incerta. Apresentamos um caso de COVID-19, cuja manifestação inicial se tratou de uma polineuropatia inflamatória aguda. Mulher de 52 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 com mau controlo metabólico e não vacinada contra SARS-CoV-2. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 7 dias de evolução, caracterizado por défice sensitivo-motor e parestesias dolorosas de início distal nos membros superiores e inferiores com progressão ascendente. Ainda antes da admissão hospitalar desenvolveu disartria e ptose unilateral. Não apresentava contexto infecioso precedente além do diagnóstico recente de COVID-19 no dia anterior à avaliação. Ao exame objetivo apresentava febre, parésia facial periférica com eritema conjuntival, tetraparésia flácida com arreflexia de predomínio distal (grau 2 global) e hipostesia simétrica com nível sensitivo álgico diminuído em “meia e luva”. Não apresentava outra disfunção orgânica além da neurológica. Foi realizada punção lombar que mostrou dissociação albuminocitológica sem pleocitose. Assumida polineuropatia sensitivo-motora aguda de etiologia inflamatória tendo sido admitida no Serviço de Medicina Interna para monitorização e inicio de terapêutica com imunoglobulina endovenosa. No restante estudo realizado excluiram-se outras causas infecciosas, sendo atribuída a etiologia do Síndrome de Guilain Barré à infeção SARS-CoV-2. Evoluiu favoravelmente com a terapêutica instituída, apresentando reversão parcial dos défices, sendo na alta referenciada para centro de reabilitação. Este caso torna-se particularmente relevante, uma vez que estão ausentes os sintomas mais comuns da COVID-19 e pelo facto da apresentação inicial ser a polineuropatia, que mais frequentemente se associa como manifestação tardia (cerca de 5 a 16 dias após a infeção).

PA n.º 2035

Osteogénese Imperfeita um caso de longevidade

André Macedo Ribeiro(1);Beatriz Riquito(1);Pedro Almeida(1);Catarina Coelho(1);Marta Barrigas(1);Ana Maria Carvalho(1);Rita Magalhães(1);Marta Rodriguez(1);Fernanda Linhares(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças raras

Introdução: A osteogénese imperfeita (OI) é uma doença genética muito rara que afeta o tecido conjuntivo, apresentando os doentes ossos deformados, curtos e frágeis; os quadros graves podem ter uma expectativa de vida reduzida, especialmente se desenvolverem deformidades torácicas que comprometem a função pulmonar.
Caso clínico: mulher de 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e múltiplas fraturas nos ossos longos a partir dos 2 anos de idade; recorre ao serviço de urgência com clínica de dispneia e tosse. Exame físico com broncoespasmo severo e polipneia em repouso com saturação de oxigénio de 78% com fiO2 21%, limitação da expansibilidade torácica, e marcada deformidade com encurtamento dos membros superiores e inferiores. Analiticamente com proBNP 1510 pg/ml, anemia normocítica e normocromica Hb 10.3 g/dl, leucocitose de 12.2/uL, proteína C 4,31 mg/L e D-dímeros positivos 2.79 ng/ml. Gasometria: insuficiência respiratória tipo 2, sem acidemia. Pesquisa SARS -COVID-19 negativo. Rx torax com hipotransparência do pulmão direito. ECG : taquicardia sinusal. TAC-torácica é angio-TAC ligeiro derrame pleural direito, condensação do lobo médio, opacidades em banda fibro-atelectásicas e deformação marcada do esqueleto axial. Internada por Insuficiência cardíaca agudizada por Pneumonia da comunidade com insuficiência respiratória tipo II, em doente com múltiplas deformidades ósseas, com limitação da expansibilidade torácica em provável contexto de osteogénese imperfeita. Evolução clínica favorável com a antibioterapia empírica, diuréticos e VNI. Estudo genético confirma osteogénese imperfeita tipo V (VP no gene IFITM5) com transmissão autossómica dominante, provável mutação de novo, embora poderá haver variabilidade clínica familiar.
Discussão: a osteogénese imperfeita é uma doença rara, que pode cursar com alterações valvulares cardíacas e problemas respiratórios, sendo as principais causas de falecimento nestes doentes. Não existe tratamento eficaz, embora os bifosfatos diminuam o risco de fraturas. Esta doença requere uma abordagem multidisciplinar durante toda a vida, para melhorar a qualidade de vida do doente e tentar evitar desfechos fatais .

PA n.º 2039

Neoplasias primárias multiplas- um risco dos doentes oncológicos

Amanda Hirschfeld(1);Andre Valente(1);Rita Monteiro(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Sérgio Cabaço(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Introdução
As neoplasias múltiplas são neoplasias primárias histologicamente distintas, que podem ocorrer simultaneamente ou não. Podem ser classificadas como síncronas quando ocorrem simultaneamente ou em um período de até 6 meses, ou metácronas quando o período de ocorrência for superior. Doentes com antecedentes oncológicos têm risco acrescido de até 20% de desenvolverem uma nova neoplasia. Relatamos um raro caso de um doente com 4 neoplasias primárias: 3 síncronas e 1 metácrona.
Caso Clínico
Homem de 78 anos, fumador, com diagnóstico de linfoma linfoplasmocítico em 2014, sem tratamento direcionado, apenas em vigilância. No ano de 2020 são estabelecidos os diagnósticos de 3 neoplasias primárias:
1. Tumor do recto alto/colon sigmoide cT2/T3 inicial c N0 c Mx (abril)
2. Adenocarcinoma da próstata - Gleason 3+4 (outubro)
3. Adenocarcinoma do pulmão (TTF1+) PD-L1 negativo, fdgT4N2a1M1a IVa, com envolvimento pleural e metastização hepática, submetido a 6 ciclos de quimioterapia, seguidos de imunoterapia (novembro)
Em 2022, 3 internamentos por: síndrome da veia cava superior, colite por citomegalovirus e pneumonia nosocomial, que entretanto evoluiu de forma desfavorável, com óbito 1 semana após a admissão
Discussão
Ressaltamos a importância do seguimento, do rastreio de novos tumores, e da atenção às potenciais complicações dos doentes oncológicos.

PA n.º 2050

Hipertensão e volémia: valorização da ecoscopia no internamento

INES FERREIRA(1);Tiago Mendes(1);Sabina Belchior(1);Nereida Monteiro(1);Rafael Freitas(1);Amanda Rey(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Tema: Doenças cardiovasculares

A ecografia point-of-care já faz parte da Medicina Interna (MI) e a sua correta utilização permite um tratamento dirigido em muitas situações do doente internado. A avaliação da volémia é um destes casos. De seguida apresenta-se um caso em que a ecografia alterou a terapêutica instituída.
Homem de 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, admitido em enfermaria de MI por tromboembolismo pulmonar de alto risco e sépsis com ponto de partida em infecção urinária. Contactada a urgência interna por quadro de hipertensão arterial (195/103mmHg), taquiarritmia de complexos estreitos (100-120bpm), dispneia e saturação periférica de oxigénio de 96% com máscara de Venturi a 31%. Ao exame objetivo apresentava polipneia, tiragem supra-clavicular e intercostal e movimentos paradoxais abdominais. Os sons respiratórios estavam abolidos nas bases bilateralmente, não se observava edema periférico e tinha um débito urinário de 1400mL de urina concentrada nas últimas 8 horas. Apesar da impressão clínica inicial orientar para administração de terapêutica diurética, ao realizar ecoscopia foi constatado que o coração não apresentava dilatação das câmaras, encontrava-se hiperdinâmico, o ventrículo esquerdo com “kissing walls” e a veia cava inferior com evidente colapso inspiratório. Na avaliação torácica observou-se consolidação bibasal. Tendo em conta estes achados optou-se por iniciar fluidoterapia e terapêutica sintomática para o desconforto respiratório. Em reavaliação, o perfil tensional do doente foi corrigindo até apresentar tensão arterial 126/73mmHg e resolução da dificuldade respiratória.
A ecografia point-of-care tem um papel cada vez mais relevante na prática clínica. O facto de ser portátil e acessível vem ajudar à sua designação como 5º pilar do exame físico. A interpretação dos achados num contexto clínico específico é essencial para tomar decisões corretas.

PA n.º 2051

Cefaleia e AVC em doente com vasculopatia por herpes zoster: uma causa rara

Inês Pereira de Miranda(1);Marta Mendes Lopes(1);Inês Nunes da Silva(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A reativação do vírus varicela zoster (VVZ) pode ter várias complicações, entre as quais a vasculopatia, sendo um diagnóstico desafiante, principalmente na ausência de lesões cutâneas típicas.
Caso clínico: Mulher, 83 anos, com história de hipertensão arterial, obesidade, diabetes tipo 2, doença renal crónica, dislipidémia, insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, fibrilhação auricular (FA) permanente hipocoagulada, síndrome de apneia obstrutiva do sono e hipotiroidismo. Recorreu ao serviço de urgência por cefaleia com início duas semanas antes, sem febre, sem sinais focais, sem lesões cutâneas. Neste contexto, realizou TC crânio-encefálica (CE) que revelou acidente vascular cerebral (AVC) isquémico cortico-subcortical temporo-parieto-occipital direito, tendo realizado estudo etiológico, destacando-se apenas a FA já conhecida. Durante o internamento, manteve cefaleias recorrentes, de intensidade 10/10, com sinais de alarme. Realizou angio-TC CE, veno-TC CE e RM-CE que documentavam o AVC, sem outras alterações que justificassem a cefaleia. Analiticamente com discreta leucocitose, sem elevação da proteína C reativa, com velocidade de sedimentação de 53 mm/h. Por este motivo, fez ecodoppler das artérias temporais, sem sinais de arterite de células gigantes. Optou-se por punção lombar que revelou pleiocitose, xantocromia e pesquisa por PCR do vírus de varicela zoster positiva. Foi possível aferir o aparecimento de vesículas cerca de duas semanas antes do início da cefaleia. A doente iniciou terapêutica com aciclovir com desaparecimento da cefaleia.
Discussão: Num doente com cefaleia, estamos perante um extenso diagnóstico diferencial. Neste caso, a sua persistência com sinais de alarme motivou uma exaustiva investigação. É importante lembrar que o envelhecimento conduz a um maior grau de imunossupressão, com maior risco de disseminação do VVZ após a reativação. Depois da pesquisa de VVZ positiva e dado que a doente cumpria a hipocoagulação, a hipótese de etiologia cardioembólica tornou-se menos provável, sendo possível inferir que o AVC da doente foi causado por uma vasculopatia secundária à reativação do VVZ, uma causa rara.

PA n.º 2053

Tíbola - nem todas as carraças são iguais

Inês Rento(1);Hugo Sarabando Ventura(1);Paula Cristina Andrade(1);José Pedro Fonseca(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A TIBOLA (Tick-borne lymphadenopaty) é uma rickettsiose causada pelo microorganismo R. slovaca, transmitida pelas espécies D. marginatus ou D. reticularis. Cursa com lesões caracteristicamente no couro cabeludo com crosta no local da mordedura que se assemelham a tache noir e adenopatia cervical ou occipital, habitualmente dolorosa. Normalmente não cursa com febre ou rash.

CASO CLÍNICO: Mulher de 57 anos, residente em meio rural, com antecedentes pessoais de taquicardia paroxística submetida a ablação de via acessória, patologia osteoarticular degenerativa, quisto do canal tireoglosso, perturbação depressiva e dislipidemia, medicada cronicamente com atorvastatina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por mordedura de carraça no couro cabeludo 2 dias antes, seguida de cefaleia intensa e náuseas, sem febre ou adenopatias. Observavam-se 3 lesões em tache noir no couro cabeludo. Foi medicada com doxiciclina e metamizol. Dois dias depois, desenvolveu edema periorbitário bilateral exuberante, simétrico. Restante exame objetivo e estudo analítico efetuados sem alterações de relevo. Assumiu-se o diagnóstico de TIBOLA com comprometimento da drenagem linfática da face bilateralmente e a doente manteve tratamento com doxiciclina (100mg, de 12 em 12 horas, a cumprir durante 7 dias) e foi reavaliada 4 dias depois, com melhoria significativa do quadro exuberante.

DISCUSSÃO: Este caso relata uma doença transmitida por carraça relativamente rara, com manifestações diferentes do habitual, e com distribuição geográfica limitada ao continente Europeu. Nos casos em que seja possível, deve fazer-se a colheita do vetor para identificação da espécie – que seria o principal confirmatório diagnóstico neste caso.
O caso alerta-nos para a importância da identificação precoce dos sinais clínicos desta entidade nosológica, que tem curso benigno após instituição terapêutica adequada.

PA n.º 2054

Anemia no doente jovem – um caso clínico de anemia perniciosa

Miguel Rodrigues(1);Joana Simões(1);David Tomás(1);Luísa Mendonça(1);Patrícia Bernardes,(1);Diana Pedreira(1);Mafalda Figueira(1);Bárbara Lobão(1);Beatriz Navarro(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Anemia Perniciosa (AP) carateriza-se pela atrofia da mucosa gástrica, comprometendo a produção de fator intrínseco, necessário para absorção da vitamina B12 no trato gastrointestinal.
Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino com 36 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos, admitido por queixas de mal-estar geral, astenia, adinamia, anorexia e náuseas com 15 dias de evolução. Referia ainda perda de 13% do peso habitual (-12kg) nos 3 meses prévios, acompanhada de sensação de enfartamento e azia. Ao exame objetivo apresentava palidez muco-cutânea e abdómen com desconforto ligeiro á palpação na região epigástrica, sem defesa. Analiticamente com anemia macrocitica (Hemoglobina (Hb) de 7.82g/dL e Volume Globular Médio de 112fL), associada a padrão de hemólise, com Lactato Desidrogenase de 2597 U/L e discreta hiperbilirrubinemia indireta (bilirrubina direta 0.69mg/dL). O esfregaço de sangue periférico revelou anisopoiquilocitose moderada e neutrófilos hipersegmentados, e o Teste de Coombs Direto e Indireto revelaram-se negativos. Internado para estudo etiológico, contatou-se défice grave de vitamina B12 (Iniciada reposição com cianocobalamina, apresentou subida dos valores de Hb e melhoria do estado geral. Teve alta com indicação para manutenção da terapêutica e seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna.
A AP pode associar-se a lesões neurológicas irreversíveis, apresentando estes indivíduos predisposição para tumores carcinoides gástricos, pólipos e adenocarcinomas. Destaca-se neste caso o diagnóstico atempado, permitindo instituição terapêutica precoce e prevenção de complicações futuras.

PA n.º 2067

Anemia e Metformina: Qual o impacto do terapêutica diabético nos níveis séricos de Vitamina B12

Ruben Rego Salgueiro(1);Inês Salvado Carvalho(1);Miguel g. Pereira(1);Catarina Tavares Valente(1);João Barros Rodrigues(1);Maria João Baldo(1);Sónia Cristina Cardoso Canadas(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A Diabetes (DM) é uma patologia de etiologia heterogênea caracterizada por hiperglicemia resultante da falta de ação da insulina, secreção de insulina ou ambas
Uma vez que tem havido uma enorme evolução em termos de opções terapêuticas nesta área, é fulcral o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos e das possíveis interações dessas terapêuticas na vida do doente.
OBJETIVOS: Este estudo visa relacionar a utilização terapêutica prolongada de Biguanidas com os valores séricos de vitamina B12 (B12) em doentes com DM.
METODO: Foi feita a recolha de dados relativos a 284 doentes diabéticos, seguidos em consultas de diabetologia de uma Unidade Funcional de DM. Recolheram-se os seguintes fatores: sexo, idade, tipo de diabetes, os valores de hemoglobina (Hb), ferro, acido fólico e B12 séricos, e se o doente estava medicado com Metformina. Foram excluídos doentes que apresentavam valores analíticos incompletos, ausência de seguimento durante o período de 2021/2022, e os doentes com DM tipo 1. Posteriormente realizou-se uma análise descritiva da amostra, um estudo paramétrico de comparação dos grupos com e sem terapêutica com metformina e foi feito um estudo de correlação de Spearman para avaliação da força e direção das associações entre variáveis continuas utilizando o programa SPSS.
RESULTADOS: Foram estudados 284 doentes, com média de idades de 69.16 ± 11.15 anos, dos quais 142 (50%) eram do sexo masculino e outros 142 (50%) do sexo feminino. No total, foram avaliados, 265 com DM tipo 2, 13 com DM tipo LADA e 6 com outro tipo de DM. Quanto à terapêutica estudada, 210 doentes apresentavam a toma de Metformina como medicação habitual, 104 homens e 106 mulheres, sendo que os restantes 74 utilizavam outro tipo de regime terapêutico com antidiabéticos orais e/ou insulinoterapia. 4.58% dos doentes (treze casos) apresentaram anemia por défice de B12 confirmada analiticamente.
Quando comparados ambos os grupos, a amostra com terapêutica com Metformina (437.730±347.01) apresenta valores em média de B12 mais baixos do que a que não toma a terapêutica (507.20±385.19).
A partir do teste de correlação de Spearman, objetivamos que maior toma de Metformina se correlaciona com a diminuição dos valores séricos de B12 (β=-0.159; p=>0.01), a mesma relação existe entre a Metformina e os valores de Hb (β=-0.152; p=>0.01).
O aumento da idade dos doentes está também correlacionado negativamente com os valores séricos de Ferro (β=-0.250±0.01) e de Hb (β=-0.371±0.01), ou seja, quanto maior a idade do doente, menores os valores séricos Hb.
CONCLUSÕES: Este estudo mostra que existe correlação entre a amostra que toma Metformina e o défice de B12 nesse grupo. Contudo, os resultados não demonstram que tal défice possa estar relacionado com níveis significativamente baixos de Hb. Embora exista correlação significativa, a força de associação é reduzida, o que indica a necessidade de um maior e mais amplo seguimento deste tipo de doentes.

PA n.º 2070

Isolamentos respiratórios de Candida spp. - casuística numa unidade de cuidados intensivos

Pedro Caiado(1);António Epifânio Mesquita(1);Catarina Cardoso(2);Raquel Cavaco(2);Luís Bento(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução:
O isolamento de Candida spp. do tracto respiratório é comum em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), especialmente nos entubados e ventilados, com tubo orotraqueal ou traqueostomia. Em Portugal, a literatura relativa à caracterização destes doentes é escassa.
Objetivo:
Caracterização epidemiológica, microbiológica e clínica de doentes em UCI com isolamentos de Candida spp. em amostras respiratórias: aspirado traqueobrônquico (ATB) ou lavado broncoalveolar (LBA).
Material e métodos:
Estudo observacional retrospectivo descritivo. Foram analisados todos os processos clínicos dos doentes internados numa UCI de um hospital central, entre Agosto de 2016 e Março de 2022, que tiveram isolamentos de Candida spp. em ATB ou LBA. Foram excluídos os doentes que estiveram sob Oxigenação por Membrana Extra-Corporal (ECMO) durante o internamento. Foram analisadas as seguintes variáveis: i) sociodemográficas, ii) comorbilidades cardiovasculares e respiratórias major, iii) fatores de risco para infeções por Candida spp., iv) isolamento simultâneo de Candida spp. em hemocultura, v) espécies de Candida isoladas, vi) motivo de admissão e número de dias de internamento na UCI, vii) impressão clínica (colonização ou infeção) e imagiológica, viii) número de dias sob ventilação mecânica invasiva (VMI), mortalidade ao fim do internamento na UCI e aos 30 dias após isolamento. A análise estatística foi feita com recurso ao Microsoft Office Excel.
Resultados:
Foram analisados 99 isolamentos de Candida em LBA ou ATB correspondentes a 93 doentes. Dos 164 isolamentos obtidos, foram excluídos 40 doentes em ECMO e 25 isolamentos duplicados. A mediana de idades foi de 69 anos (amplitude interquartil 58-75) e 77% eram do sexo masculino. A maioria dos isolamentos foram obtidos por LBA (87%). As comorbilidades cardiovasculares e respiratórias major mais frequentes foram: hipertensão arterial (62%), doença cardiovascular estabelecida (43%), diabetes mellitus tipo 2 (40%), doença pulmonar obstrutiva crónica (20%). Dos fatores de risco para infeções por Candida spp., os mais comuns foram antibioterapia de largo espectro nas 14 dias anteriores (88%), corticoterapia em dose cumulativa superior a prednisolona 200mg ou equivalente no internamento (30%), quimioterapia ou terapêutica imunossupressora nos 6 meses anteriores (23%). A neoplasia hematológica ocorreu em 13% dos casos. As espécies de Candida mais frequentemente isoladas foram C.albicans, C.parapsilosis e C.glabrata em 71%, 13% e 9% dos casos, respectivamente. O isolamento concomitante de Candida spp. em hemocultura ocorreu em apenas 3% dos casos. O motivo de admissão na UCI mais comum foi insuficiência respiratória aguda por pneumonia nosocomial (19%), COVID-19 (16%) e pneumonia da comunidade (15%). A duração média de internamento na UCI foi de 21 dias (±12). A maioria dos

isolamentos (65%) foram admitidos como infeção. A duração média de VMI foi de 17 dias (±11). A mortalidade na UCI foi de 38% e, aos 30 dias, de 42%.
Conclusões:
Este estudo acrescenta ao conhecimento sobre os doentes com isolamentos de Candida spp em amostras respiratórias numa UCI em Portugal, demonstrando tratar-se de uma população com elevada prevalência de imunossupressão, tempos de VMI prolongados e elevada mortalidade.

PA n.º 2079

Endometriose torácica - uma causa rara de derrame pleural

Ana Cláudia Cunha(1);Cláudia Diogo(1);Filipe Pimenta Ribeiro(1);Catarina Domingues(1);Ana Cristina Ferreira(1);António Antunes(1);Salvato Feijó(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Outro

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endométrio-like fora da cavidade uterina e acredita-se afetar 6 a 10% das mulheres em idade fértil. Quando afeta a cavidade torácica pode produzir um amplo leque de manifestações clínicas, de que de se destacam o pneumotórax catamenial, hemotórax, hemoptises e nódulos pulmonares, resultando numa entidade denominada Síndrome de Endometriose torácica (SET).
A sintomatologia é francamente afetada pela localização dos implantes endometriais, e a apresentação tende a ser mais tardia que a endometriose pélvica, habitualmente por volta dos 35 anos.
Os autores apresentam o caso de uma mulher de 39 anos com queixas com 4 meses de evolução de astenia de agravamento progressivo e perda ponderal não quantificada. A doente tinha antecedentes apenas de anemia por metrorragias abundantes, medicada com progestativo.
Do estudo preliminar destaca-se extenso derrame pleural bilateral e ascite, ambos com líquido sero-hemático. Durante o internamento realizou estudo analítico, imagiológico e endoscópico, de que se destaca em toracoscopia a presença de várias lesões de implantação na parede diafragmática, de consistência elástica, e espessamento pleural. A ressonância magnética torácica não mostrava alterações além do derrame pleural já conhecido e a nível pélvico apresentava aspectos compatíveis com endometriose profunda.
A anatomia patológica de todas as amostras foi negativa para malignidade, apresentando alterações inflamatórias e conteúdo hemorrágico não recente.
Numa revisão de 2019, das doentes com SET apenas 14% tiveram apresentação com hemotorax, e em apenas 3% o derrame era bilateral. Trata-se, pois, de uma apresentação invulgar de uma entidade em si mesma rara. Este caso mostra que esta entidade pode, contudo, condicionar manifestações clínicas incapacitantes e deve ser considerada no estudo de derrame pleural hemático em mulheres em idade fértil.

PA n.º 2081

Agranulocitose ao metamizol: Um caso clínico de "carência" neutrófilos

Carlota Lalanda(1);Ana Catarina Pereira(1);Ivo Pina(1);Maria Rebelo(1);Jorge Frade(1);João Alves Teixeira(1);Inês Urmal(1);Daniela Guerreiro Carneiro(1);Cláudia Janeiro(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças hematológicas

A agranulocitose consiste na diminuição ou ausência de granulócitos, tais como neutrofilos polimorfonucleares. É uma alteração pouco frequente e em 70% dos casos é de etiologia medicamentosa, iniciando-se 8-15 dias após toma de um determinado fármaco, tendo o metamizol uma prevalência de 0.2 a 0.5%.
Apresentamos um caso de uma mulher, 35 anos, que iniciou quadro de cefaleias com 1 mês de evolução, para a qual fez metamizol diariamente, somando-se a febre, razão pela qual recorreu ao serviço de urgência. À admissão apresentava 2 neutrófilos com as restantes linhagens bem, mas com evolução para bicitopenia e zero neutrofilos. Realizou Tomografia computorizada (TC) craneoencefalica e punção lombar que se encontravam sem alterações, pelo que suspendeu a toma de metamizol e iniciou antibioterapia empírica com piperaciclina/tazobactan (P/T) assumindo neutropenia febril. Do estudo etiológico destaca-se: hemoculturas, urocultura, pesquisa a SARS-CoV2 e serologias negativas (parvovirus B19, vírus Epster Barr e citomegalovirus, mycoplasma); Mielograma com aplasia/hipoplasia medular e biopsia óssea compatível com toxicidade terape^utica e/ou auto-imunidade. Iniciou filgastrim sem resposta hematológica numa fase inicial e, por persistência da febre, associou-se vancomicina. Desenvolveu quadro de abdómen agudo, fez uma TC abdomino-pélvica revelando apendicite aguda, sendo submetida a apendicectomia por laparotomia que decorreu sem intercorrências. Posteriormente apresentou boa evolução clínica, cumpriu 9 dias de filgastrim com resolução da neutropenia, bem como 18 dias de antibioterapia com P/T e 5 dias de vancomicina.
Este caso veio mostrar o elevado risco de morbimortalidade que pressupõem esta condição, sendo desafiante a sua confirmação dado tratar-se de um diagnóstico de exclusão. Por outro lado, veio alertar aos clínicos a precaução necessária na prescrição de alguns medicamentos, dado o seu abuso poder pôr em risco a vida dos doentes.

PA n.º 2093

Bartonella sem história de arranhadela - um caso clínico

Mariana Fidalgo(1);Ana Rita Costa(1);Catarina Antunes Salvado(1);Raquel Barreira(1);Carina Silva(1);Filipa Duarte Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

INTRODUÇÃO: A infeção por Bartonella origina um quadro de linfadenopatia regional, podendo surgir manifestações viscerais, neurológicas ou oculares. É mais comum em crianças e adultos jovens. O gato é o reservatório natural e transmite a doença via arranhadelas ou mordidas, mas também através da pulga como vector. Na doença localizada, o curso é habitualmente ligeiro e autolimitado; a doença disseminada pode apresentar complicações graves e fatais.
CASO CLÍNICO: Mulher 51 anos, autónoma, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com 1 semana de evolução de edema e dor cervical e submandibular direita. Diagnóstico recente de infeção ligeira a COVID-19 e conjuntivite, sob tratamento tópico; sem disfonia, disfagia, dificuldade respiratória, febre ou hipersudorese. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (sob metformina e insulina) e obesidade; contato com gato doméstico não vacinado, sem noção de arranhadelas recentes. Exame objetivo: tumefação direita parotídea e cervical, dolorosa à palpação; sem outras alterações; sem alterações analíticas. Ecografia: múltiplas adenopatias cervicais, intraparotídeas e pré-auriculares à direita, pericentimétricas, de aspecto necrótico. Alta com analgesia e orientação para reavaliação.
Reavaliada 1 semana depois: aumento da tumefação parotídea, com persistência da dor e dificuldade na mastigação; anorexia e perda ponderal não quantificada. Tomografia computorizada: assimetria parotídea (aumento e maior densificação da parótida direita), com adenopatias direitas de provável natureza reativa; aumento da g. submandibular direita e múltiplos gânglios circundantes. Realizada biópsia ganglionar por Radiologia Intervenção – alterações histológicas de tipo reativo. Imunofluorescência: anticorpos positivos para Bartonella - IgM 256 (limite superior normal [LSN] 32) e IgG 513 (LSN 128). Fez 5 dias azitromicina 500mg, com resolução do quadro.
DISCUSSÃO: As tumefações localizadas representam desafios diagnósticos frequentes na prática do Internista. A infeção por Bartonella, mais comum em idades jovens e com história de lesões infligidas por gatos, pode não ser considerada uma hipótese no adulto sem história compatível. No entanto, como o presente caso demonstra, é fundamental pensar neste diagnóstico, pelo risco de potenciais complicações associadas.

PA n.º 2109

Uso de dispositivos médicos em doentes internados num serviço de Medicina Interna

Carolina Cabrita Abreu(1);Catarina Marques Dos Santos(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Pedro Moules(1);Rita Palma Féria(1);Bárbara Sucena Rodrigues(1);Ana Isabel Reis(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: Os dispositivos médicos como catéteres, sondas vesicais e nasogástricas ou dispositivos para oxigenioterapia, são largamente utilizados nas enfermarias de Medicina Interna. Apesar da sua utilidade, podem ser uma causa importante de iatrogenia. O objectivo deste trabalho é caracterizar a presença de dispositivos médicos nos doentes internados no serviço de Medicina Interna, avaliando indicações e complicações associadas ao uso dos mesmos.
Material/Métodos: Estudo observacional transversal, realizado através da anamnese e exame objetivo dos doentes internados num dia na enfermaria de Medicina Interna e posterior consulta do processo clínico, acerca da utilização dos dispositivos referidos.
Resultados: Incluídos 88 doentes, dos quais 55,7% eram mulheres (n=49), com uma média de idades de 78,7 anos. 69,3% (n=61) dos doentes apresentava cateter venoso periférico (CVP), 1,1% (n=1) cateter venoso central (CVC) e 3,4% (n=3) cateter subcutâneo. 19,3% dos doentes (n=17) estava algaliado e 10,2% (n=9) tinha sonda nasogástrica colocada. 21,6% (n=19) encontrava-se sob oxigenioterapia, 73,7% destes (n=14) por óculos nasais. 19,3% (n=17) não apresentava nenhum dos dispositivos descritos. Relativamente às indicações para uso de dispositivos, apenas 68,9% dos doentes com CVP ou CVC (n=42) apresentavam terapêutica endovenosa (EV) prescrita; dos doentes algaliados, 41,2% (n=7) foram por retenção urinária, 35,3% (n=6) foram algaliados para controlo de débito, 11,8% (n=2) foram para protecção de úlceras sagradas e 11,8% (n=2) não tinham indicação explicita para algaliação; 11,4% (n=10) dos doentes não apresentavam via oral, sendo que 90% destes (n=9) tinham sonda nasogástrica. Todos os doentes com oxigenioterapia apresentavam insuficiência respiratória. 9,8% dos doentes com CVP (n=6) apresentavam sinais inflamatórios associados à presença do cateter; 52,6% dos doentes sob oxigenioterapia (n=10) apresentavam secura da mucosa nasal, 1 dos doentes com episódio de epistáxis.
Conclusão: Os dispositivos médicos são facilmente colocados durante o internamento hospitalar, contudo, tal como as terapêuticas farmacológicas, são causa frequente de iatrogenia. Deve ser ponderado o uso de dispositivos médicos nos doentes internados, devendo também ser revista a sua necessidade ao longo do internamento.

PA n.º 2118

Alteração do estado de consciência, um desafio diagnóstico

João Freitas(1);Henrique Barbacena(1);Raquel Soares(1);Fábia Cerqueira(1);Inês Lopes(1);Sergio Paulo(1);Carla Mimoso Santos(1);Patricia Howell Monteiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A alteração do estado de consciência é causa frequente de recurso ao serviço de urgência, mas a etiologia nem sempre é clara, podendo condicionar o tratamento e o outcome clínico.
Mulher 60 anos com antecedentes de doença hepática crónica etanólica e linfoma não-Hodgkin folicular sob rituximab. Trazida ao Serviço de Urgência por crise convulsiva inaugural, com quadro de desorientação e sonolência na semana anterior. À observação a destacar apenas sonolência. Laboratorialmente parâmetros inflamatórios negativos, sem distúrbios iônicos, ck elevada, Tomografia Computorizada Encefálica (TC CE) sem alterações. Em internamento febre e flutuação do estado de consciência. Ressonância magnética com hipercaptação leptomeníngea compativel com carcinomatose meníngea versus processo infecioso. Punção lombar: líquido cefalo-raquidiano (LCR) límpido e incolor, pleuocitose, com predomínio de linfócitos, hiperproteínorráquica, normoglicorráquia. Iniciou aciclovir, antibioterapia de largo espectro e antibacilares empiricamente. Anatomopatologia de LCR negativa para células neoplásicas, pesquisa de micobactérias e sucessivos exames de microbiologia (sangue, suco gástrico, urina) negativos para bactérias, micobacterias e fungos. IGRAs (QuantiFERON-TB Gold e ELISPOT) negativos. Nas semanas seguintes com estado comatoso mantido, TC-CE com hidrocefalia com necessidade de colocação de derivação ventricular externa com melhoria inicial ligeira. Ao fim de 6 semanas com crescimento de Mycobacterium tuberculosis nas amostras obtidas na primeira PL. Houve uma melhoria lenta mas gradual do estado clínico da doente, com recuperação do estado de consciência, actualmente sob programa de reabilitação motora.
A tuberculose (TB) meníngea é uma forma rara e grave de TB, com diagnóstico geralmente difícil e tardio e que se não for tratada de forma adequada e precoce tem um desfecho fatal implicando alta suspeição diagnóstica. Os ensaios de libertação de interferão gamma são, actualmente, dos exames de maior sensibilidade para o diagnóstico de TB, mas a sua sensibilidade pode ser menor no caso da TB extrapulmonar, com isto em mente foi tomada a decisão de manter terapêutica antibacilar até esclarecimento de etiologia, o que foi crucial para o sucesso deste caso.

PA n.º 2122

Síndrome antifosfolipídeo: a catástrofe

ANA ISABEL PAIVA SANTOS(1);Pedro Teixeira(1);Inês Almeida Pintor(1);Clara Pinto(1);Maria José Moreira(1);Pedro Lopes(1);Beatriz Pinheiro(1);Rosa Jorge(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A síndrome antifosfolipídeo (SAF) é definido com trombose (tanto venosa como arterial ou microvascular) em indivíduos com evidência de anticorpos anti-fosfolipídeos. Esta síndrome pode estar associada a outras doenças autoimunes, bem como surgir como condição primária. A SAF catastrófica é uma complicação rara, mas ameaçadora de vida, em que múltiplas tromboses conduzem a falência multiorgânica.
Caso clínico: Homem de 58 anos recorre ao serviço de urgência por náuseas e dor torácica associadas a cansaço com um dia de evolução. Apresenta elevação dos marcadores de necrose miocárdica (Troponina I= 13.171,2 pg/mL, Mioglobina 368 ng/mL), sem alterações sugestivas de isquémia do miocárdio no eletrocardiograma. Realiza ecoscopia que evidencia hipocinesia global ligeira, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 50%. Por pico febril realiza ecocardiograma trans-esofágico, que permite excluir endocardite infeciosa e denota-se presença de trombo endoluminal imóvel na aorta torácica descendente. Antecedentes pessoais de relevo: SAF confirmado após acidente vascular isquémico em 2017, presença de lesões em vidro despolido em ambos os campos pulmonares, em estudo em consulta externa de pneumologia. É internado para diagnóstico diferencial entre miocardite e aortite, tendo realizado ressonância magnética, com evidência de miocardiopatia dilatada com componente inflamatório agudo (miocardite); excluíram-se também, causas secundárias para SAF. Inicia quadro de dificuldade respiratória grave com necessidade de ventilação mecânica invasiva no contexto de depressão da FEVE para 18% à ecoscopia, com transferência do doente para a medicina intensiva. Inicia terapêutica com metilprednisolona 1g/dia e plasmaférese, com evolução clínica favorável. Realizou biópsia endomiocárdica com evidência de isquémia crónica relacionável com SAF.
Discussão: A síndrome inflamatória sistémica secundária ao SAF catastrófico é uma condição muito grave que deve ser gerida por uma equipa multidisciplinar, tanto no cuidado imediato do doente como na sua recuperação.

PA n.º 2123

Caracterização de um semestre de internamentos por Insuficiência Cardíaca num Serviço de Medicina

Mónica Ferro da Silva(1);Valentyn Roshkulets(1);Sara Rodrigues Silva(1);Ana Teresa Goes(1);Cátia Albino(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma das patologias mais prevalentes em Portugal. Estima-se que afete cerca de 4.4% da população o que se traduz, portanto, por significativa morbimortalidade e consequente elevado custo em saúde.

Objetivo: Caracterizar os internamentos por IC num serviço de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo retrospetivo do tipo observacional, cuja amostra compreende 126 internamentos por Insuficiência Cardíaca num hospital não terciário, no período temporal de 1 de Julho de 2021 a 31 de Dezembro de 2021 (inclusive). Os dados foram colhidos através da consulta de processos clínicos e analisados através do Software Microsoft Excel.

Resultados: Dos 126 doentes internados, 9.5% tiveram diagnóstico de IC “de novo”, 65.1% eram do sexo feminino e a média de idades era de 83.7 anos (com idade mínima de 57 anos, idade máxima de 100 anos e a moda de idades situada em 89 anos). 73% realizaram ecocardiograma transtorácico, dos quais 77.2% tinham fração de ejeção preservada e 15.2% tinham fração de ejeção reduzida. No que diz respeito à etiologia da IC, em 16.7% dos casos era isquémica e em 11.1% dos casos a mesma era desconhecida (ou não se encontrava descrita). As principais causas de internamento observadas foram insuficiência terapêutica em 35.7% e infeção em 21.4% dos casos. As comorbilidades mais observadas foram: hipertensão arterial em 94.4% dos casos, fibrilhação auricular em 47.6%, doença renal crónica em 45.2% e diabetes mellitus em 38.1% dos casos. A duração média do internamento foi de 9.4 dias e observaram-se 20 óbitos, todos expectáveis.
À data da alta, 23.8% dos doentes foram encaminhados para seguimento em consulta externa de Insuficiência Cardíaca, 18.3% foram encaminhados para outras consultas hospitalares, nomeadamente de Medicina Interna e Cardiologia e 6.3% foram encaminhados para reavaliação em Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca. Dos 14 doentes com compromisso da função sistólica, apenas 2 tiveram alta com ajuste terapêutico, devido a impossibilidade de introdução de fármacos modificadores do prognóstico por intolerância.

Conclusões: A IC é uma síndrome complexa, que se associa a inúmeras comorbilidades, como confirmado na amostra analisada. A elevada média e moda de idade traduz-se por marcada fragilidade dos utentes, o que dificulta a otimização terapêutica, como se pode verificar nos dados apresentados. Desta forma urge desenvolver unidades que permitam a gestão destes doentes em ambulatório, com melhoria da qualidade de vida dos mesmos e otimização dos recursos em meio hospitalar.

PA n.º 2134
Um diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva
Francisco Costa Mendes(1);Helena Hipólito Reis(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Título – Um diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva
Introdução – A existência de um quadro de astenia e anorexia associado a clínica de melenas no doente idoso levanta sempre uma primeira hipótese de neoplasia do estômago. Contudo, outras causas benignas de hemorragia digestiva alta não devem ser esquecidas.
Caso clínico
Uma doente de 89 anos, autónoma para as atividades de vida diária, hipertensa, sem outros antecedentes de relevo, é enviada ao serviço de Urgência por uma clínica de melenas com uma semana de evolução, associada a um quadro de astenia e anorexia com semanas de evolução. No serviço de Urgência evidenciada anemia de 5,9g/dL, microcítica e hipocrómica, tendo realizado 2 unidades de glóbulos rubros com bom recobro transfusional. Durante os 28 dias de internamento doente com perdas hemáticas compatíveis com melenas, com necessidade de realização de mais 6 unidades de glóbulos rubros por anemia grave sintomática.
Realizou endoscopia digestiva alta e baixa sem achados, angio-TC sem evidência de foco hemorrágico. Por manter perdas hemáticas com dependência de suporte transfusional, realiza enteroscopia por cápsula com sangue vivo localizado no intestino delgado, com ponto de partida em angiectasias. Efetua enteroscopia por balão que evidencia hemorragia em toalha no ângulo de Treitz, sendo realizada hemostase com injeção de adrenalina na submucosa. Doente sem recorrência das perdas hemáticas, sem necessidade de mais suporte transfusional, tendo tido alta.
Discussão – Este caso realça a importância da consideração de angiectasia jejunais como causa de hemorragia digestiva alta, mesmo que perante um quadro de perda hemática abundante contínua. Deste modo, o workup diagnóstico deve sempre ter em conta exames como a enteroscopia por cápsula (para fins diagnósticos) e enteroscopia por balão (para fins terapêuticos).

PA n.º 2136

Fibroelastomase pleuroparenquimatosa, a raridade: um caso clínico

Margarida Arantes Silva(1);Glória Gonçalves(1);Núria Condé Pinto(1);Patrícia Rocha(1);Pedro Araújo Rodrigues(1);Sílvia Ferreira de Oliveira(2);Adriana Basílio(2);Alexandra Silva Azevedo(2);Cecília Vilas Boas Soares(1);Cátia Dias(1);José Carlos Carneiro(1);Renato Nogueira(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Hospital Conde São Bento (2) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças respiratórias

Introdução: A fibroelastose pleuroparenquimatosa (FEPP) é um padrão raro de fibrose que se caracteriza por ser idiopática, progressiva e com atingimento sobretudo dos lobos superiores. Apesar da fisiopatologia e etiologia ser pouco conhecida, existe associação com exposição a amianto/alumínio, doença autoimune e suscetibilidade genética, entre outros. Clinicamente pode apresentar-se com sintomas respiratórios inespecíficos, associado a padrão restritivo e redução de difusão de monóxido de carbono (DLCO). Não havendo um tratamento farmacológico efetivo, o transplante de pulmão permanece a única opção terapêutica.

Caso clínico: Mulher, 52 anos, com antecedente de pneumotórax espontâneo, recorre à urgência por dor pleurítica no hemitórax direito e tosse seca com 3 dias de evolução, sem fator desencadeante. A radiografia torácica mostrou pneumotórax à direita, tendo colocado dreno torácico. Por manter pneumotórax ao 4º dia de internamento fez Tomografia Computorizada de Tórax, objetivando-se “exuberante enfisema intersticial de diversos compartimentos, em particular à direita, no espaço torácico que se salienta volumoso pneumotórax.” Foi colocado dreno em aspiração e feito tratamento cirúrgico com resseção do ápex do pulmão direito, pleurodese mecânica e talcagem apical. O diagnóstico de FEPP foi estabelecido histologicamente e conhecido já em contexto de consulta externa. Retrospetivamente identificada exposição a amianto como o provável fator desencadeante. Atualmente, a doente mantem cansaço para médios esforços, sem necessidade de oxigenoterapia. Do estudo realizado apenas a salientar DLCO ligeiramente diminuída.

Discussão: Neste caso clínico em específico, o único provável fator etiológico encontrado foi a exposição ocupacional a amianto, pelo que a crescente consciencialização e evicção de substâncias potencialmente nocivas é emergente, bem como a realização de estudos em grande escala para melhor caracterização dos diferentes fenótipos da doença e desenvolvimento de tratamentos eficazes.

PA n.º 2151

"Undecided Wellens" – a pattern to remember

Nuno Amorim(1);Mariana Lobo(1);Sara Carvalho(1);Olga Meneses(1);Sofia Marques Silva(1);Rita Noversa Sousa(1);Ivo Cunha(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cardiovasculares

Wellens' syndrome is a pattern of electrocardiographic T-wave changes, especially in V2-V3 leads, plus history of anginal chest pain and is specifically associated with critical stenosis of proximal left anterior descending coronary artery (LAD).
We present a case of a 84-year-old male with previous history of hypertension, dyslipidemia, presented with intermittent chest pain for 1 week, mostly after walking or emotional stress, radiating to neck, and relieving spontaneously after 15-20 minutes. The patient was hemodynamically stable and physical examination was unremarkable. Blood tests showed mild elevation of Hs-TnI 162 ng/L, without other abnormalities. The admission ECG, without pain, showed sinus rhythm, HR 75 bpm, no ST segment changes. A new ECG was performed during a new episode of chest pain and showed dynamic changes, especially ST depression on V5-V6 leads. Hs-TnI increased to 180 ng/L. After resolving the pain with oral nitrates, the ECG showed biphasic T wave on V2-V3 leads (Wellens' pattern type A). Acute coronary syndrome without ST-elevation and Wellens' syndrome were diagnosed, and transthoracic Echocardiogram showed septal, apical and anterior wall hypokinesis and preserved biventricular systolic function. Cardiac catheterization showed proximal LAD subocclusive stenosis (>95%) and angioplasty (PCI) was performed with placement of a drug-eluting stent. On the first day after PCI, a new ECG revealed resolution of type A Wellens' sign, however, it showed persistent deep inverted T-waves in V2-V4 leads, representing type B Wellens' pattern; and on the third day the ECG revealed type A Wellens' sign again. The patient remained asymptomatic and was discharged 5 days after admission and without any complication. Wellens' syndrome is not always an acute process and can develop over days to weeks, and cardiac enzymes are elevated in a small percentage of these patients, making it a diagnostic challenge. The knowledge and early identification of these patterns and their correct association with clinical features should motivate an urgent and specific treatment, in order to prevent cases of massive anterior myocardial infarction. Both types of Wellens' pattern can also be perceived after PCI, like our patient, and demonstrate reperfusion injury related abnormalities.

PA n.º 2176

ENDOCARDITE DE LÖFFLER - UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA

Joana Silvério Simões(1);Miguel Rodrigues(1);Joana Silva Ferreira(1);Carolina Carrilho Palma(1);Mafalda Corrêa Figueira(1);Sara Gonçalves(1);Diana Pedreira(1);Barbára Lobão(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças raras

Introdução: A síndrome hipereosinofílica é uma entidade rara definida por eosinofilia acentuada e consequente envolvimento de órgãos e sistemas. Em casos raros, há infiltração eosinofílica endomiocárdica, causando uma miocardiopatia restritiva designada por Endocardite de Löffler. Em 75% dos casos é idiopática, podendo ter outras causas, nomeadamente infeciosas, autoimunes ou mieloproliferativas.
Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma mulher de 49 anos, com antecedentes de púrpura trombocitopénica imune e vitiligo, sem contexto epidemiológico relevante. Recorreu à urgência por quadro de astenia, cefaleias e tonturas com cerca de 2 meses de evolução, com agravamento na última semana com dispneia, ortopneia, tosse seca e edema dos membros inferiores. Analiticamente, destacava-se eosinofilia persistente em diferentes avaliações (máximo 2288 eosinófilos) e elevação da PCR (10,8 mg/dL). Na radiografia torácica apresentava cardiomegalia e derrame pleural bilateral. O ecocardiograma transtorácico mostrava uma imagem sugestiva de massa a atapetar toda a face endocárdica média e apical em ambos os ventrículos, confirmado pelos achados da ressonância magnética cardíaca compatíveis com fibrose endomiocárdica e presença de trombo intra-ventricular. Excluídas causas infeciosas e autoimunes, realizou mielograma que revelou hipercelularidade mielóide, com 18% de eosinófilos em vários estádios de maturação e 0,5% de blastos. Admitiu-se assim o diagnóstico de Endocardite de Löffler enquadrada numa Síndrome Hipereosinofílica, de provável causa idiopática. A doente iniciou terapêutica com imatinib com resposta parcial, após ausência de resposta a corticoterapia e hidroxiureia.
Discussão: A endocardite de Löffler é uma manifestação rara da síndrome hipereosinofilica, conferindo-lhe um mau prognóstico. Sempre que possível, a terapêutica deve ser dirigida à causa, pelo que o seu diagnóstico implica a pesquisa exaustiva de causas de eosinofilia.

PA n.º 2184
Esclerose Múltipla após Infecção a SARS-CoV-2
Maria Margarida Pereira(1);Marisa Brochado(1);Petra m. Pego(1);Marta Vieira Dias(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A infecção a SARS-CoV-2 provoca na sua maioria sintomas respiratórios, mas está também associada a sintomas neurológicos nomeadamente cefaleias, acidente vascular cerebral, polineuropatias, crises convulsivas, entre outras. A Esclerose Múltipla é uma doença inflamatória e desmielinizante cujo início dos sintomas após a infecção a SARS-CoV-2 tem raros casos descritos na literatura.
Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 30 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência por parestesias da mão esquerda, que evoluíram para o hemicorpo homololateral, bem como hemiparesia esquerda, com cerca de 7 semanas de evolução. Da anamnese apenas a registar infecção a SARS-CoV-2 cerca de 9 semanas antes do início dos sintomas. Realizou tomografia computorizada de crânio que não mostrou alterações de relevo, tendo realizado posteriormente ressonância magnética encefálica e da medula cervical que objectivou alterações de sinal ao nível do parênquima cerebral e da medula de natureza desmielinizante primária do sistema nervoso central, traduzindo provável esclerose múltipla. Ficou internado para realização de terapêutica com metilprednisolona, com regressão parcial da sintomatologia.
Discussão: A patogénese da infecção a SARS-CoV-2 e a sua relação com reacções inflamatórias e de natureza auto-imune, bem como o seu papel como trigger de outras condições médicas ainda está a ser estudado. São necessários mais estudos para averiguar a sua associação com a Esclerose Múltipla.

PA n.º 2188

Nutritional evaluation of patients with SARS COV infection in the Geriatric Outpatient Clinic

HEIDI GRUNER(1);Maria Saldanha(1);Inês Rego Figueiredo(1);Marilia Fernandes(1);Rita Vieira Alves(1);Ana Sebastião(1);Ricardo Fernandes(1);Carla Barbosa(1);Manuela Barão(1);Carla Gonçalves(1);Manuela Campos(1);Michele Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Medicina geriátrica

Introduction and objectives: During the pandemic one of the most vulnerable groups were the elderly, nutritional factors were considered as outcome predictors. We evaluated the nutritional data of the patients present in 2022 in the geriatric multidisciplinary outpatient clinic (GOC) comparing those with and without SARSCOV infection.
Methods: Descriptive retrospective study of the electronic database of the patients followed between 2019-2021, in the GOC (all ≥ 75 years) since the beginning of the pandemia that survided, two groups were compared namely with (COVID), and without (NCOVID). Demographic data, frailty (PRISMA-7), functional status (Lawton Brody), average number of comorbidities and of drugs were evaluated as were the BMI, presence or risk of undernutrition (MNA ≤8) , sarcopenia defined by Handgrip strength and body fat percentage evaluated by Bioimpedance.
Results: Of the150 patients included, there were 42 COVID /108 NCOVID. Average age was 82,4/82,9 years, female gender 69/60%, independence according to Lawton Brody 64/36% (p0.03), average number of comorbidities was 5,7/6,0 (dementia 17/8%, hypertension 58/71%, diabetes 30/29%) and drugs 6,5/7,9 (p0.04).
Concerning nutritional data, average BMI was 26,8/26,6 kg/m2 (overweight in 19/23%), average measured right handgrip 16 /16.7 kg/m2 and calculated sarcopenia was 67/70%. Body fat percentage - Bioimpedance was 30/28% and MNA≤8 present in 16%/32%.
Discussion: In our small sample, the patients of the GOC that had SARS-CoV-2 infection from 2020-2021 were more independent and used less drugs, but there were no significative differences concerning the evaluated nutritional data. This could suggest that the positive outcome of the SARSCOV infection, could be related to nutrition as both groups survived the 2 first years of pandemia. Unfortunately, patients that died due to SARCOV infection during this period were not included.

PA n.º 2200

Insuficiência respiratória, quando a causa é neurológica

Mariana Marques(1);Alexandra Pousinha(1);Mariana Alberty Guerra(1);Bárbara Silva(1);Matilde Couto(1);João Seabra Barreira(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFXira

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A insuficiência respiratória pode ter múltiplas etiologias, sendo as causas mais frequentes as alterações do parênquima pulmonar ou vasculares. No entanto, devem ser excluídas causas metabólicas, iatrogénicas e, ainda que mais infrequentes, doenças neuromusculares.
Caso clínico: Homem de 79 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão arterial medicada e síndrome depressivo. Admitido no serviço de urgência (SU) por astenia, perda ponderal de 12 kg em 3 meses, atrofia muscular do membro inferior esquerdo e pé pendente à esquerda progressivo com 2 anos de evolução. Ao exame objetivo destaca-se emagrecimento marcado, défice motor crural esquerdo, hiperrreflexia generalizada de predomínio dos membros inferiores esquerdos e fasciculações na face anterior da coxa esquerda. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou TC toracoabdominopélvico sem achados patológicos. No SU verificou-se alteração súbita do estado de consciência com bradipneia. Realizou TC e angio-TC cerebral que não revelaram alterações. Por insuficiência respiratória global grave foi submetido a ventilação mecânica invasiva e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Realizou ressonância cerebral que foi normal. Após 10 dias na UCI foi transferido para enfermaria sob ventilação não-invasiva (VNI) contínua. Efetuadas várias tentativas de desmame de VNI sem sucesso por períodos de acidémia grave e bradipneia frequentes. Avaliado por Pneumologia que excluiu patologia pulmonar como etiologia da insuficiência respiratória. Realizou eletromiografia, cujos achados eram sugestivos de doença do neurónio motor. Após observação por Neurologia foi diagnosticado com esclerose lateral amiotrófica (ELA), mantendo necessidade de VNI contínuo após a alta.
Discussão: A ELA é uma doença do neurónio motor de apresentação clínica variável. Trata-se de uma doença neurodegenerativa rapidamente progressiva grave, sem tratamento atualmente, cuja mortalidade resulta habitualmente de insuficiência respiratória grave, pelo que a hipótese de doença neuromuscular deve ser ponderada na presença de insuficiência refratária após exclusão de outras etiologias.

PA n.º 2213

Tromboembolismo venoso no doente oncológico num ano de pandemia

Margarida Quinto Pereira(1);Catarina Lizardo Cruz(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1);Inês Fernandes Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O doente oncológico tem uma combinação de fatores predisponentes para o desenvolvimento de tromboembolismo venoso, relacionados com: o próprio tumor, o doente, o tratamento ou a utilização de dispositivos invasivos. O tromboembolismo venoso é um dos principais causadores de morbilidade e mortalidade na doença oncológica, mas o seu tratamento também acarreta implicações especiais nestes doentes. Nos últimos anos, tem havido uma mudança de paradigma no tratamento do tromboembolismo venoso neste subgrupo de doentes. O único tratamento recomendado previamente seria com heparina de baixo peso molecular, no entanto os novos anticoagulantes orais surgem como uma alternativa viável. A decisão e escolha da anticoagulação deve ser sempre individualizada ao doente.
Objetivo: Análise retrospectiva da prevalência de doentes oncológicos seguidos em consulta hospitalar de Doenças Tromboembólicas durante um ano.
Material e Métodos: Foi realizado a casuística dos doentes observados em consulta hospitalar de Doenças Tromboembólicas desde Janeiro de 2021 a Dezembro de 2021. Os dados foram obtidos através do processo clínico eletrónico dos doentes, relativos a informações demográficas, existência de neoplasia ativa, tipo de anticoagulação escolhida e existência de complicações associada a esta terapêutica.
Resultados: Foram incluídos, na totalidade, 253 doentes nesta análise. Destes, 29 (11.46%) tinham neoplasia ativa. Demograficamente, sem predominância de género (14 eram mulheres e 15 homens), idade média de 63 anos. O tumor mais prevalente é a neoplasia da mama em 7 doentes, um deles descoberto no estudo etiológico da trombose. Dos 29 que apresentavam neoplasia ativa, 15 (51.7%) eram seguidos em consulta com o diagnóstico principal de tromboembolismo pulmonar, 10 por trombose venosa profunda, 3 tinham tromboses venosas de localização atípica, uma associada a catéter venoso central, e 1 doente não apresentava trombose diagnosticada. De realçar, que destes doentes, 9 (31.03%) apresentaram eventos trombotics de repetição em territórios distintos. No que concerne à terapêutica escolhida, o anticoagulante mais instituído foi o rivaroxabano, em 19 (65.5%) dos doentes. Não foi reportada nenhuma complicação após instituição da terapêutica.
Conclusões: Os doentes com neoplasias ativas estão mais predispostos a eventos tromboembólicos e por este motivo, o seu acompanhamento deve ser multidisciplinar e cuidadoso. A escolha da anticoagulação deve ter sempre em conta os riscos e os benefícios, o estádio de doença, comorbilidades dos doentes, interações medicamentosas e reações adversas. É uma decisão individualizada e que requer atualização científica frequente.

PA n.º 2216

Associação entre evento trombotics e infeção a SARS-COV-2 numa consulta de doenças tromboembólicas

Margarida Quinto Pereira(1);Catarina Lizardo Cruz(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1);Inês Fernandes Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A infeção a SARS-COV-2 parece acarretar um risco aumentado de tromboembolismo, embora o valor absoluto deste risco ainda não tenha sido estabelecido e tenham sido obtidos resultados discordantes nos vários estudos efectuados até à data. É importante estabelecer e quantificar este risco de modo a poder definir estratégias preventivas, diagnósticas e de terapêutica de tromboembolismo após a infeção a SARS-COV-2.
Objetivo: Análise retrospectiva da prevalência de eventos tromboembólicos em contexto de infeção a SARS-COV-2 referenciados para consulta hospitalar de Doenças Tromboembólicas durante um ano.
Material e Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo cuja população em análise inclui todos os doentes observados em consulta hospitalar de Doenças Tromboembólicas desde Janeiro de 2021 a Dezembro de 2021. Os dados foram obtidos através do processo clínico eletrónico dos doentes, relativos a informações demográficas, diagnóstico principal, existência de infeção a SARS-COV-2 na altura do diagnóstico, origem da referenciação e tipo e duração da anticoagulação.
Resultados: No total, foram incluídos 253 doentes nesta análise. Destes, 19 (7.5%) foram referenciados à consulta de Doenças Tromboembólicas por evento trombótico associado a infeção SARS-COV-2. Caraterizando esta população, 11 eram do sexo masculino, com idade média de 63 anos, 14 foram referenciados a partir do internamento Hospitalar. O diagnóstico mais frequente foi o de tromboembolismo pulmonar em 16 doentes, 1 de trombose venosa profunda e 2 doentes tiveram trombose da veia jugular, 1 deles associada a colocação de catéter venoso central. Todos tinham indicação para manter a anticoagulação terapêutica durante três a seis meses, excepto dois doentes que concomitantemente tinham fibrilhação auricular e portanto indicação para anticoagulação crónica. Todos os doentes tinham indicação para anticoagulação oral, 10 realizaram rivaroxabano, 8 com apixabano e 1 com edoxabano. Nao se verificaram quaisquer complicações hemorrágicas.
Conclusões: Apesar da pequena amostra de doentes, pretendemos com este trabalho realçar a necessidade de realçar a necessidade de estabelecer o risco de tromboembolismo em doentes após infeção a SARS-COV-2, tendo em conta a gravidade da doença assim como determinar por quanto tempo se mantém esse risco para estabelecer uma duração de anticoagulação adequada.

PA n.º 2229

Glioblastoma multiforme em doente com infecção VIH

Paula Cerqueira(1);Pedro Manata(1);Mafalda Sousa(1);Nuno Cotrim(1);João Matos Costa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) provoca a deterioração progressiva do sistema imunitário, propiciando o desenvolvimento de infeções oportunistas e neoplasias. O glioblastoma multiforme (GBM) é um tumor cerebral primário glial de alta incidência dentro dos astrocitomas, com prognóstico desfavorável que aumenta a taxa de mortalidade em doentes com VIH. Alguns estudos têm descrito uma associação entre glioblastoma e VIH, sem mecanismos descritos. Caso clínico: Homem, 45 anos de idade, recorreu ao serviço de Urgência por hemianopsia homónima direita, diplopia e diminuição da acuidade visual com 2 semanas de evolução. Com antecedentes pessoais de dislipidémia, asma brônquica não medicada e VIH diagnosticado em 2009. O doente mantinha regular seguimento em consulta de Infeciologia, com linfócitos T CD4+ 700 e carga viral indetetável sob terapêutica antiretroviral. Analiticamente sem alterações. Realizou ressonância magnética que evidenciou lesão expansiva, aparentemente intra-axial parieto-occipital interna esquerda, de limites relativamente mal definidos com quistico-necróticas no seu interior. A lesão tinha importante edema perilesional e efeito de massa, com desvio das estruturas da linha média. Foi realizada punção lombar com pressão de abertura de aumentada (24cm/água) e líquido límpido, sem pleocitose, com exame bacteriológico e micológico negativos. Após exclusão de infecção oportunista foi feita craniotomia para ressecção da lesão e análise histopatológica. A histologia revelou neoplasia glial infiltrativa, de moderada celularidade, com morfologia astrocitária, ligeiro pleomorfismo nuclear, mitoses, proliferação microvascular e focos de necrose. Após a cirurgia doente sem défices de novo, com recuperação parcial da acuidade visual. Conclusão: A singularidade deste caso deve-se a uma manifestação neoplásica pouco frequente em doente VIH positivo, pouco descrita na literatura e com mau prognóstico associado.

PA n.º 2231

Quando o hipotiroidismo e carcinoma gástrico se encontram: Dificilmente uma coincidência.

Inês Amarante(1);Andreia Pataco(1);Helena Antunes(1);Cláudia Rodrigues(1);Marlene Estácio(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Na patogénese do adenocarcinoma gástrico estão envolvidos fatores genéticos e epidemiológicos conhecidos, como a infeção Helicobacter pylori, gastrite atrófica autoimune, dieta hipersalina e tabagismo. A elevada incidência de carcinoma gástrico, no sexo masculino, em áreas geográficas deficitárias de iodo, tem sido sugerido que o hipotiroidismo poderá ter um papel na carcinogénese gástrica.
Homem de 70 anos, sem antecedentes conhecidos. Trazido por alternância entre agitação e prostração com 3 dias de evolução, associadamente a obstipação e perda ponderal de longa data. À admissão, hipotenso e bradicárdico, desorientado, sem edemas periféricos, sem défices neurológicos ou meningismo. Análises com hiperlactacidémia, anemia, elevação de parâmetros inflamatórios e lesão renal aguda com hiponatrémia. Radiografia de tórax com pneumonia esquerda - iniciada antibioterapia empírica e suporte aminérgico. Pesquisa de drogas urinárias e álcool negativas. Tomografia (TC) crânio-encefálica, eletroencefalograma e punção lombar sem alterações. No internamento, objetivado hipotiroidismo grave (TSH 30.8 uI/mL; T4L e T3 indoseáveis) com cortisol basal 7.2 ug/dL - instituída levotiroxina e hidrocortisona, assumindo insuficiência suprarrenal parcial. Intercorrência de paragem cardiorrespiratória, com necessidade de ventilação invasiva e admissão na Medicina Intensiva. TC sela turca e ecografia tiroideia sem alterações de relevo; autoimunidade negativa. Por melenas com anemia agravada realizou endoscopia e TC que revelaram adenocarcinoma gástrico polimetastizado. Teve evolução clínica desfavorável, vindo a falecer posteriormente.
Pretende-se com este caso representar uma associação demonstrada em estudos epidemiológicos, particularmente atrativa por sugerir que o diagnóstico e tratamento precoce da patologia tiroideia não só evitaria a falência endócrina, como reduziria o risco e impacto da neoplasia gástrica.

PA n.º 2232

Um caso de apresentação atípica de primoinfeção por VIH

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);José Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Ana Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A incidência de doenças linfoproliferativas em doentes com VIH excede em muito a da população geral, sendo os linfomas os principais responsáveis por estes casos.
Homem de 41 anos, autónomo, sem antecedentes patológicos ou medicação habitual, enviado ao SU pelo médico assistente por queixas de dor lombo-sagrada intermitente, moderada e sem irradiação, febre diária persistente e hipersudorese noturna intermitente com 1 mês de evolução. Admitidos contactos sexuais de risco no passado. Ao exame objetivo apresentava-se normotenso, apirético. sem adenopatias, sinal de Murphy renal, ou demais alterações. Analiticamente com anemia ligeira normocítica normocrómica sem outras alterações; exame sumário de urina normal; realizados TC coluna sem alterações e TC abdomino-pélvico com evidência de conglomerado adenopático latero-aórtico à esquerda com 97 x 20 mm, respetivamente de maior eixo longitudinal e transversal, sem liquefação. Serologias VIH positivas com carga viral 1690cp/mL, imune para hepatite A, vacinado contra hepatite B, contacto prévio com EBV, VDRL negativo e PCR de M. Tuberculosis negativa. Assim sendo, diagnosticado com infeção pelo VIH - doença inaugural. Por suspeita de doença linfoproliferativa, foi submetido a biópsia ganglionar aspirativa com evidência de gânglio reativo o que, apesar de localizado, poderá corresponder a adenopatias reativas à doença. Manteve seguimento em consulta externa de Infecciologia e iniciou TARV com lamivudina e dolutegravir, com melhoria clínica e analítica.
Os autores destacam este caso pela maior incidência de linfomas e outras neoplasias em doentes com VIH. Apesar de através da biópsia se concluir tratar-se de gânglio reativo, o doente deverá manter vigilância imagiológica do conglomerado adenopático.

PA n.º 2233
Uma demência rapidamente progressiva?
António Lorena Pessoa(1);Joana Simões(1);Ana Santos Costa(1);Francisco Santos(1);Daniela Félix Brigas(1);Margarida Madeira(1);Eugénio Nóbrega Dias(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Existem diversas causas de demências tratáveis que devemos descartar aquando de uma alteração do estado de consciência, nomeadamente alterações iónicas como a hipercalcémica. Este caso expõe uma manifestação típica desta patologia, mas que muitas vezes pode ser negligenciada em contexto de urgência.

Caso Clínico: Mulher de 79 anos, com história pessoal de fibrilhação auricular e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de alteração do comportamento e cognição, acompanhada de alucinações visuais. Nas 24 horas em que esteve sob observação no serviço de urgências apresentou uma depressão do estado de consciência, sendo necessária a sua transferência para a unidade de cuidados intermédios. À observação destacava-se apenas agitação psicomotora e agressividade verbal. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocromica e na gasimetria uma alcalose metabólica com um aumento do cálcio ionizado. Para esclarecimento do caso realizou o estudo etiológico da hipercalcémica. Verificou-se um aumento significativo da paratormona (PTH), associado a uma deficiência de vitamina D. Neste contexto realizou uma ecografia de pescoço que revelou um nódulo hipoecogénico na glândula paratiróide superior esquerda. Realizou posteriormente uma SPECT que descreveu o nódulo como um adenoma hiperproductor. Ao longo do internamento, administraram-se as terapêuticas espoliadoras de cálcio, tendo a doente recuperado as funções cógnitas e motoras prévias ao internamento, tendo sido encaminhada para a consulta de cirurgia endócrina.

Conclusão: O hiperparatiroidismo primário é uma patologia frequente e uma das principais causas de hipercalcémica. Em aproximadamente 85% dos casos é devido a um adenoma da paratiroide. A incidência desta patologia aumenta com a idade e é maior em mulheres pós-menopáusicas. Muitas vezes, no doente idoso, a alteração do estado de consciência de instalação insidiosa pode ser associado a uma demência instaurada, porém devemos descartar todas as causas de demências tratáveis antes de chegar ao diagnóstico.

PA n.º 2234
Um mal nunca vem só - COVID-19 e eventos trombóticos
Maria João Vilela(1);Luís Neves da Silva(1);Margarida Monteiro(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Estão descritas complicações trombóticas associadas à infeção por SARS-Cov2. Apesar do mecanismo subjacente não estar bem definido, acredita-se que para isso contribuem a disfunção endotelial, libertação de mediadores inflamatórios, estado de hipercoagulabilidade e hipóxia.
Caso clínico: Sexo masculino, 67 anos. Antecedentes de obesidade e hipertensão arterial. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal com 1 dia de evolução, de início súbito, intensa, localizada no flanco direito. Agravada com mudanças de posição, sobretudo decúbito lateral direito. Analiticamente apresentava lesão renal aguda, elevação de proteína C reativa e TRAg SARS-Cov2 positivo. Realizou Tomografia computorizada (TAC) toracoabdominopélvica (TAP) a revelar densificações parenquimatosas em vidro despolido, a sugerir pneumopatia por COVID-19, abrangendo 25 a 50% do pulmão associada a marcada heterogeneidade no parênquima renal direito de provável etiologia isquémica. Ficou internado por Pneumonia SARS-Cov2 e enfarte renal. Apesar de não apresentar insuficiência respiratória, iniciou Dexametasona, assumindo contribuição do estado pró-inflamatório para evento renal. Iniciou enoxaparina em dose terapêutica por não apresentar indicação para intervenção cirúrgica. Em D6 repetiu TAC contrastada a evidenciar defeitos de repleção quase completos no lúmen da artéria segmentar posterior e da artéria segmentar anterior e seus ramos, com oclusão completa dos ramos segmentares antero-superior e antero-inferior, a traduzir enfarte renal secundário a trombos arteriais e trombos endo-aórticos, que poderão corresponder à etiologia dos êmbolos das artérias renais. Durante o internamento, observou-se descida de parâmetros inflamatórios e melhoria da função renal. Teve alta clínica em D12 de internamento, medicado com anticoagulante oral.
Discussão: Este caso ilustra uma das complicações da COVID-19, reforçando a heterogeneidade da sua apresentação clínica e a existência de um estado pro-trombótico, que, ainda que não seja a manifestação mais comum, pode causar morbilidade importante.

PA n.º 2264

Análise de risco cardiovascular no internamento de Medicina Interna

Ana Santos e Silva(1);Josiana Duarte(1);Leonor Gama(1);Filipe Dias(1);Sara Silva(1);Mónica Silva(1);Sara Rodrigues Silva(1);Valentyn Roshkulets(1);Pedro Laranjo(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: As doenças cardiovasculares são atualmente uma verdadeira epidemia, em especial nos países industrializados. Apesar de serem potencialmente preveníveis, continuam a constituir a principal causa de morte a nível mundial. Nos últimos anos, tem-se feito um enorme esforço no sentido da criação de mecanismos de estratificação do risco cardiovascular de cada doente de forma a otimizar o tratamento. Contudo, para termos uma verdadeira mudança de paradigma, é necessária a adoção de uma estratégia global, focada nas características das diferentes populações e na enfatização da importância da prevenção primária.
Objetivo: Avaliação do risco cardiovascular dos doentes adultos internados no serviço de Medicina Interna
Material e Métodos: Estudo retrospetivo do risco Cardiovascular de todos os doentes internados no serviço de Medicina Interna no período de 1 ano, com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos. Avaliado o risco cardiovascular dos doentes aplicando o Score – European Low Risck Chart usando os dados clínicos hospitalares e do Registo de Saúde Eletrónico. Foram excluídos os doentes cujos dados disponíveis não permitiam cálculo do Score.
Resultados: Obtivemos um total de 269 doentes, com idade média de 61,2 anos e dos quais 165 eram do sexo masculino e 94 do sexo feminino. Mais de metade dos doentes apresentavam moderado risco cardiovascular, sendo que entre estes doentes o LDL médio à data de internamento correspondia a 122mg/dL. Nos cerca de 25% de doentes com elevado risco cardiovascular, o valor médio de LDL foi de 140mg/dL destacando-se que apenas 30% destes doentes apresentava terapêutica com estatina prévia ao internamento hospitalar. Por outro lado, todos os doentes com baixo risco cardiovascular apresentavam LDL dentro dos valores considerados como alvo terapêutico.
Conclusões: Apesar dos esforços feitos nas últimas décadas, com melhoria das campanhas dedicadas à prevenção de risco cardiovascular, a maioria dos nossos doentes apresentam um score de risco moderado-alto, com valores médios de LDL muito acima dos considerado como alvo terapêutico, sendo que muitos deles não apresentavam qualquer terapêutica dirigida à data de internamento. Assim sendo, demonstra-se a necessidade de intervenção primária ao nível do estímulo à adoção de hábitos de vida saudável na população assim como a premência de avaliação cuidada destes doentes de forma a introduzir, numa fase precoce, terapêutica modificadora de prognóstico de forma a prevenir eventuais complicações. Por outro lado, o internamento hospitalar, independentemente da causa, pode e deve constituir um momento de avaliação global do doente podendo ser o ponto de viragem na saúde dos nossos doentes.

PA n.º 2267

Pneumonite a Amiodarona: a propósito de um caso clínico

Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Sérgio Cabaço(1);Cláudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Maria Helena Pacheco(1);Lurdes Venâncio(1);Conceição Facha Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças respiratórias

O uso prolongado de amiodarona tem sido associado a efeitos adversos variáveis na gravidade. Doses baixas, usadas a longo prazo, podem-se associar a toxicidade tiroideia, cardíaca e pulmonar. A toxicidade pulmonar correlaciona-se mais intimamente com a dose cumulativa total, ocorrendo vários meses ou anos após o início da terapêutica e pode manifestar-se como pneumonite intersticial, pneumonia eosinofílica, pneumonia organizativa, ARD, hemorragia alveolar ou como nódulos pulmonares. Apresenta-se o caso de uma doente de 84A, internada por dispneia de agravamento progressivo. Tinha história de cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca (IC), FA permanente sob amiodarona 200mg/dia desde há 4 anos, asma brônquica e lesões sequelares de Tuberculose Pulmonar (2019), com um internamento nos 2 meses prévios por PAC. À admissão apresentava-se polipneica com SpO2 de 86% AA com edema periférico até aos joelhos bilateralmente. Laboratorialmente destacava-se uma leucocitose e neutrofilia limítrofes, PCR 77 mg/L e NT-proBNP 6057.0 pg/mL. Realizou TC Tórax que revelou “extensas áreas de consolidação e vidro despolido dispersas bilateralmente com espessamento dos septos interlobulares e algumas áreas de parênquima arejado de permeio, lembrando o padrão “crazing paving” em relação com processo inflamatório/infeccioso”. Colocadas as hipóteses diagnósticas de pneumonite tóxica a amiodarona, reinfeção pneumónica e/ou IC descompensada. No internamento realizou BFO que revelou “alterações inflamatórias inespecíficas”, com exames culturais negativos. Dados os achados referidos, associados a um aumento de PIs pouco significativo, optou-se por protelar início de antibiótico e iniciar corticoterapia, com boa evolução, tendo sido possível o desmame progressivo de O2 para AA e alta ao 11º dia de internamento. Este caso destaca-se pela raridade desta etiologia de doença pulmonar realçando a importância do índice de suspeição elevado, a fim da interrupção atempada do fármaco em causa.

PA n.º 2272
As cicatrizes de um cancro
Francisco Nogueira Gonçalves(1);Daniela Duarte(1);Ana Nunes(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Um exame objetivo é essencial para a avaliação correta do doente. Este caso clínico demonstra como a avaliação cuidada de um perfil tensional permitiu o diagnóstico de uma complicação que facilmente passaria despercebida.
Discussão: Doente do sexo feminino de 75 anos de idade encaminhada ao serviço de urgência por alteração significativa de perfil tensional entre os membros superiores. Seguida no IPO por neoplasia maligna bilateral da mama, já submetida a mastectomia radical bilateral, quimioterapia e radioterapia. Antecedentes médicos de relevo diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensão arterial. Negava queixas álgicas e tonturas. No exame físico apresentava auscultação cardíaca rítmica com sopro sistólico, pulso radial diminuído mas quente no membro superior direito, perfil tensional no membro superior direito (75/ 58 mmHg e 75/55 mmHg) e no membro superior esquerdo (148/71 mmHg e 135/72 mmHg), sem diminuição nem atraso dos pulsos femorais. Analiticamente sem alterações de relevo. Angio-TC do tórax mostrou calcificação com obliteração quase total do lúmen do tronco braquicefálico a nível da sua origem, com trombose ocupando o mesmo imediatamente distalmente por cerca de 1,5 cm, atingindo um calibre permeável de cerca de 1 mm, com repermeabilizacão distalmente. Foi observado por Cirurgia Vascular, sem indicação para intervenção urgente, tendo sido orientada para consulta.
Conclusão: Oclusão do tronco braquiocefálico com fluxo invertido na vertebral e carótida externas direitas possivelmente secundário a radioterapia e doença aterosclerótica. Dado os antecedentes e estado geral da doente e ausência de sintomas atribuíveis a oclusão optou-se em consulta de Cirurgia Vascular por otimização terapêutica com introdução de anti-agregante plaquetário e estatina ad aeternum.

PA n.º 2293

UMA CAUSA RARA DE ASCITE EM MULHER JOVEM

Bárbara Saraiva(1);Ivanna Ostapiuk(1);Catarina Tavares Valente(1);Jéssica Fidalgo(1);Maria Nascimento(1);Sónia Coelho(1);Celestina Blanco Torres(1);Luís Manuel Marfull(1);Orlando Mendes(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A gastroenterite eosinofílica (GEE) é uma doença idiopática rara que pode afetar um ou mais órgãos do aparelho digestivo. Tem uma incidência estimada de 1-20 casos por 100.000 pacientes. Klein et ai. classificou GEE em 3 subtipos: predominante mucosa, muscular ou subserosa.
CASO CLÍNICO: Relatamos o caso de uma mulher de 32 anos, raça caucasiana, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal difuso, náuseas, sensação de enfartamento pós-prandial, diarreia e ascite moderada de três semanas de evolução. O restante do exame físico sem alterações. Sem antecedentes pessoais de relevo. O estudo analítico inicial revelou eosinofilia no sangue periférico, com hemograma, velocidade de sedimentação, provas de coagulação e proteína C reativa sem alterações. A tomografia computarizada abdominal revelou espessamento parietal difuso e concêntrico dos 2/3 distais do esôfago, ascite de volume moderado e espessamento da parede do intestino delgado e distensão nos quadrantes esquerdos. A paracentese revelou 93,3% de eosinófilos. As biópsias de cólon evidenciaram um aumento no número de eosinófilos. As causas secundárias de eosinofilia foram excluídas. O paciente foi tratada com prednisolona oral 40 mg/dia com melhora clínica e analítica imediata, mantendo seguimento na consulta de Medicina Interna.
DISCUSSÃO: Neste caso clínico, a característica importante é o número extremamente elevado de eosinófilos no sangue periférico, além do comprometimento predominante da camada muscular com manifestações comuns nos envolvimentos de mucosa (dor abdominal e vómitos) e serosa (ascite) A gastroenterite eosinofílica é uma condição rara com apresentação clínica inespecífca e altamente variável, que exige alto grau de suspeição clínica, sendo um diagnóstico de exclusão. As causas secundárias de eosinofilia, como tuberculose intestinal, parasitose e neoplasias malignas devem ser sempre excluídas.

PA n.º 2299

PTI induzida por EBV: a propósito de um caso clínico

Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Ines Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Sérgio Cabaço(1);Cláudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Helena Pacheco(1);Conceição Facha Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A púrpura trombocitopénica imune (PTI) é uma das causas mais comuns de trombocitopenia em adultos assintomáticos. Nos que apresentam sintomas, estes estão principalmente relacionados com a trombocitopenia e o risco hemorrágico associado, podendo este ocorrer em até 2/3 dos doentes, geralmente a nível da pele e mucosas, sob a forma de equimoses, petéquias ou púrpura. A PTI pode ser primária ou secundária a doença crónica (ex. LES) e infeciosa (infeções virais ou, menos comumente, infeções bacterianas). Anticorpos contra antigénios virais podem reagir de forma cruzada com antigénios plaquetários. Embora alterações hematológicas sejam comumente observadas na infeção aguda pelo EBV, a trombocitopenia grave é uma apresentação rara. Apresenta-se um caso de uma mulher de 18 anos, sem antecedentes relevantes, que recorre ao SU por astenia, odinofagia com 4 dias de evolução, já medicada com Ibuprofeno e Amoxicilina, sem melhoria. Adicionalmente, referia epistáxis, equimoses generalizadas, menorragias com 10 dias de evolução e ainda adenopatias cervicais 3 semanas antes. À observação com hematomas e petéquias dispersas nos membros, orofaringe hiperemiada, amígdalas hipertrofiadas com exsudado e adenomegalias generalizadas. Analiticamente com Hb 8,8g/dL, Leuc 7,16x10^9/L, com linfocitose absoluta (5,31x10^9/L), trombocitopenia de 6x10^9/L, citólise hepática (AST 134U/L, ALT 292U/L), Ac. Heterófilos positivos, EBV-VCA IgG e IgM e EBV-EA IgG positivos, restantes serologias virais negativas. Realizou TC-AP com "esplenomegalia moderada, de parênquima homogéneo, sem sinais de lesão traumática". Admitida PTI induzida por EBV tendo iniciado Prednisolona 1mg/Kg/dia e 1000mg de ferro parentérico. Durante o internamento com recuperação progressiva da contagem de plaquetas e das restantes alterações analíticas, tendo tido alta com contagem de plaquetas praticamente normalizada (128x10^9/L). Este caso destaca-se pela raridade e gravidade desta apresentação clínica na infeção por EBV.

PA n.º 2300
Neutropenia febril em doente com Síndrome de Chediak-Higashi
Sofia Nogueira Fernandes(1);Luís Neves da Silva(1);Ana Luís Vasconcelos(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças raras

Introdução:
O Síndrome de Chediak-Higashi é uma doença congénita rara, autossómica-recessiva, causada por mutação no gene regulador do transporte lisossomal (LYST), que resulta em alterações funcionais dos neutrófilos e das células Natural Killer. É caracterizada por infeções recorrentes predominantemente bacterianas, grau variável de albinismo mucocutâneo, coagulopatia, disfunção neurológica progressiva e, numa fase mais avançada, linfohistiocitose hemofagocítica. A neutropenia é um achado laboratorial frequente devido à destruição intramedular dos neutrófilos.

Caso clínico:
Um homem de 21 anos, com antecedentes de Síndrome de Chediak-Higashi, iniciou quadro de picos febris diários, tosse e expetoração amarelada. Três dias após início do quadro foi medicado com azitromicina na suspeita de infeção respiratória superior. Pela persistência das queixas, recorre ao Serviço de Urgência 7 dias após o início dos sintomas. Analiticamente com leucopenia, com 400 neutrófilos/µL e PCR 47,6 mg/L. Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam. Do estudo adicional, sem condensações pleuroparenquimatosas visíveis na radiografia de tórax, reação Paul-Bunnel negativa, hemoculturas negativas, urocultura não valorizável, mas com identificação de Pseudomonas aeruginosa no exame microbiológico de expetoração.
Durante o internamento, houve melhoria clínica significativa com apirexia sustentada, assim como subida da contagem de neutrófilos, pelo que teve alta clínica após 7 dias.

Discussão:
A neutropenia febril é uma emergência médica, potencialmente fatal. Um alto índice de suspeição deve estar presente em doentes com antecedentes de imunossupressão, congénita ou adquirida, que se apresentem com febre.
Nos doentes neutropénicos, as infeções bacterianas podem cursar com ausência de pus e os infiltrados pulmonares podem não ser visíveis na radiografia de tórax, o que pode dificultar a identificação do foco infecioso.

PA n.º 2315
SÍNDROME AHA – RELATO DE UM CASO CLÍNICO RARO
Dra. Soraia Proença e Silva(1);Diana Brites(1);Catarina Vasconcelos Forra(1);Carlos Lozoya(1);M.ª Eufémia Calmeiro(1);M.ª Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças raras

Introdução: A síndrome AHA, acrónimo de Arthritis, Hives/Urticaria e Angioedema (Artrite, Urticária e Angioedema), é uma entidade caraterizada por esta tríade de sintomas, na ausência de processo infecioso ou doença do tecido conjuntivo.
Os episódios são intermitentes, com várias exacerbações ao longo do ano e de duração variável (1-14 dias). O atingimento articular é assimétrico e pode afetar mãos, pulsos, ombros, joelhos e tornozelos. A urticária normalmente é generalizada. O angioedema atinge o tronco, as extremidades, face e/ou boca. Na maioria dos casos não se consegue identificar um alergénio.
A nível laboratorial não existem alterações patognomónicas desta síndrome.
Caso clínico: Mulher, 52 anos, com história de 3 anos de evolução de episódios transitórios e autolimitados de edema recorrente facial e labial assimétrico, rash pruriginoso e tumefação das articulações da mão, punhos, ombros e tornozelos. Episódios de 5-7 dias de duração, refratários à toma de AINEs e anti-histamínicos, agravando até com a toma de parecoxib, tendo-se realizado estudo alergológico que foi positivo. Apesar da suspensão de AINEs, o quadro clínico persistiu. Sem outros fatores precipitantes identificados. Analiticamente, parâmetros inflamatórios, função tiroideia, estudo autoimune e de complemento, proteinograma electroforético e imunoglobulinas sem alterações, tendo-se excluído quadro de angioedema hereditário e de causa histaminérgica, bem como doenças autoimunes típicas do tecido conjuntivo (por exemplo, LES e artrite reumatóide). Medicada com prednisolona sem melhoria sintomática. Assumida provável síndrome AHA na forma refratária à corticoterapia. Neste contexto iniciou-se Omalizumab mensal com melhoria sintomática marcada, sem novas exacerbações.
Discussão: Pretende-se com este caso realçar as particularidades da tríade AHA, de modo a agilizar a marcha diagnóstica e iniciar a terapêutica adequada, visto que esta raramente responde aos AINEs, sendo necessários anti-histamínicos, corticoterapia e, em casos refratários, o uso de anticorpos monoclonais anti-IgE.

PA n.º 2328

Tamponamento como manifestação de SIADH e neoplasia, uma trilogia a valorizar

Mariana Moura Portugal(1);Inês Jordão(1);Carla Filipe Serôdio(1);Patrícia Dias(1);Arsénio Santos(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução: O tamponamento cardíaco é uma emergência médica. Tem clínica típica (tríade de Beck), confirmada por ecocardiograma e o tratamento consiste em pericardiocentese emergente. O derrame que motiva o tamponamento pode apresentar-se inicialmente por hiponatremia devida a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) em contexto de síndrome paraneoplásica.
Caso clínico: Doente do género feminino, 70 anos, que recorreu ao SU (serviço de urgência) por queda não presenciada. Apresentava dispneia e tosse desde há 10 dias. Já estava medicada em ambulatório com antibioterapia por suspeita de traqueobronquite. Referiu também vários episódios de queda ao longo dos últimos dois meses associadas a astenia e perda ponderal que não soube quantificar. Do estudo complementar de diagnóstico, no SU: hiponatremia (109mEq/L) e lesão expansiva intra parenquimatosa na região occipital esquerda de limites mal definidos. Iniciou correção da hiponatremia e ficou internada para estudo da lesão. No 2º dia de internamento apresentou-se hipotensa, taquicardica, sudoretica, com turgescência jugular e hipofonese dos tons cardíacos à auscultação. Foi feito ecocardiograma transtorácico que confirmou tamponamento. Realizou-se pericardiocentese com drenagem de 1,5 litros de líquido serohemático, cujo estudo citológico revelou a presença de células compatíveis com envolvimento do pericárdio por carcinoma primitivo do pulmão. Posteriormente confirmou-se o diagnóstico de Adenocarcinoma do pulmão com metastização cerebral, ganglionar, hepática e óssea.
Discussão: Este caso destaca o interesse do diagnóstico diferencial de uma hiponatremia que no caso desta doente se veio a revelar uma neoplasia já metastizada. As neoplasias têm apresentações insidiosas e atípicas, pelo que é importante fazer uma anamnese e exame objetivo detalhados de forma a fazer um diagnóstico precoce.

PA n.º 2331

Sd Lofgren Uma apresentação extrapulmonar de Sarcoidose

Luís Veiga(1);Rúben Rego Salgueiro(1);Miguel Gonçalves Pereira(1);Sílvia Nunes(2);Iurie Pantazi(1);Adriano Cardoso(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A artrite sarcoidótica aguda apresenta-se muito frequentemente como parte do Síndrome de Lofgren, que se caracteriza pela tríade: adenopatia hilar, artrite aguda e eritema nodoso. É menos comum forma isolada ou com envolvimento parênquima pulmonar, caracteriza-se por ser maioritariamente oligoarticular (87%), com envolvimento simétrico (78%), afectando os tornozelos (>90%), podendo ser equivocada com artrite reactiva.
Homem 45 anos que recorre à consulta de Medicina Interna por oligoartrite simétrica afectando os tornozelos, arrastada (evolução 15 dias após insulto original – entorse peroneo-astragalina durante caminhada) e com estudo analítico realizado em médico assistente que demonstrava VS, proteína C reactiva aumentadas, antistreptolisina O & ac anti dsDNA negativos, anti nuclear e HLA B27 negativos; Ecografia articular com tenossinovite moderada dos tendões tibiais posteriores e peroniais curtos bilateralmente, sequelas de lesão pós entorse não recente do ligamento perónio astragalino anterior esquerdo, com moderado espessamento do tecido celular subcutâneo da face perimaleolar interna e externa dos pés. Radiografia do tórax apresentava uma ligeira proeminência hilar bilateral simétrica, sem outras alterações. Realiza Tomografia Computorizada de alta resolução do qual se destaca presença de estruturas nodulares, com distribuição perilinfática, e áreas de densificação em vidro despolido com espessamento de septos inter e intralobulares (crazy paving), embora não completamente típicas são fortemente sugestivas de Sarcoidose
As doenças infiltrativas pelo seu padrão de afectação sistémico implicam sempre um desafio na hora do diagnostico uma vez que nos seus estádios iniciais dependem da sensibilidade para integrar os mais díspares sintomas no contexto sindrómico pertinente. A Síndrome de Lofgren é típicamente autolimitada e a artrite crónica geralmente responde aos tratamentos usuais para a sarcoidose, no entanto as vigilâncias para as demais manifestações devem ser impostas podendo representar esta síndrome ser considerada um “gateway diagnosis” para uma entidade nosológica que requer orientação o mais precocemente possível.

PA n.º 2334

Por Exclusão de Partes: O Desafio Diagnóstico da Vasculite Primária do SNC

Sofia Miranda(1);Inês Amarante(1);Daniel Calado(1);Carolina Róias(1);Miriam Cimbron(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A vasculite primária do sistema nervoso central (VPSNC) é uma entidade rara, que apesar de conhecida há várias décadas, permanece sobretudo um diagnóstico de exclusão.
Mulher de 46 anos. Antecedentes de depressão e tuberculose pulmonar. Aos 29 anos, febrícula com cedência aos antipiréticos. Uma semana após, poliartralgias de pequenas e grandes articulações, com resolução com terapêutica anti-inflamatória. Estudo auto-imune sem alterações, pelo que foi assumido quadro provavelmente viral. Dois meses depois, cefaleia frontal, parestesias e disestesias da hemiface e do membro superior direitos. TAC craniana sem alterações. RM craniana com lesões hiperdensas em T2 e Flair da substância branca nos núcleos da base, tálamo e áreas corticais. Admitida em internamento para estudo. Electromiograma com compromisso do 2º nervo motor a nível da hemiface direita e das regiões direitas enervadas pelas raízes C8-D5 e L5. Estudo etiológico, incluindo TAC de corpo, punção lombar, estudo auto-imune e microbiológico, sem alterações. Assumido diagnóstico de VPSNC e iniciada corticoterapia (CCT) 1mg/kg/dia. Melhoria progressiva, apresentando à data de alta parestesias da hemiface direita. Posteriormente, 2 episódios de diplopia coincidentes com o desmame de CCT, que resolveram após retoma da dosagem de 1mg/kg/dia e associação de ciclosporina 50mg/dia. Desde então, resolução completa do quadro e sem novas intercorrências, tendo sido possível desmame completo da CCT. Exames imagiológicos seriados sem alterações de novo e estudo auto-imune persistentemente negativo.
Tal como em vários outros casos descritos na literatura, o diagnóstico centrou-se em características clínicas e imagiológicas e na exclusão de outras doenças, sem confirmação histológica. Tal poderá produzir diagnósticos erróneos, atendendo à ausência de achados patognomónicos. Critérios diagnósticos homogéneos são necessários para melhor compreensão da doença.

PA n.º 2335

TROMBOCITOPENIA IMUNE E VACINAÇÃO ANTI-COVID-19

Raquel Lourenço Martins(1);Daniela Santos Bento(1);Andreia Rocha Costa(1);Fernando b. Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A Trombocitopenia Imune (TI) é uma doença adquirida causada por autoanticorpos contra antigénios plaquetares. Foram relatados casos de TI de novo ou seu agravamento após vacinação anti-COVID-19.
Caso Clínico
Homem caucasiano, 64 anos, autónomo, com antecedentes hipertensão arterial essencial, diabetes mellitus tipo 2. Sem hábitos etílicos. Encaminhado à urgência por trombocitopenia de novo e petéquias nos membros inferiores (MIs); confirmada trombocitopenia de 32000/uL plaquetas em esfregaço de sangue periférico (ESP), sem outras alterações no hemograma. Foi excluída hemorragia ativa, cutânea e mucosa. Sem clínica de infeção ou fármacos potencialmente envolvidos. Do estudo complementar: coagulação (inclusive fibrinogénio), vitamina B12 e ácido fólico normais, estudo imunológico negativo (inclusive anti-PF4 e Acs SAF), serologias (VIH, VHC, VHB, EBV, CMV, parvovírus B19) negativas, zaragatoa SARS-CoV2 negativa. Ecografia e TAC abdominal sem hepatoesplenomegalia. Na presunção de TI, iniciou prednisolona (PDN) 1mg/kg/dia, tendo evoluído favoravelmente com subida plaquetar para 173000/uL; teve alta sob PDN em desmame. Em consulta de reavaliação, sob PDN 20mg/dia, com petéquias nos MIs e bolhas hemorrágicas na cavidade oral; o hemograma revelou 19000/uL plaquetas confirmadas em ESP. Note-se a toma da 3ª dose da vacina anti-COVID-19 1 mês antes. Foi novamente internado, tendo cumprido 2 dias de Ig endovenosa 1g/kg e PDN 1mg/kg/dia. Reavaliado em consulta, encontrando-se assintomático e com plaquetas normais, sob PDN 30mg/dia.
Discussão
Considerou-se neste caso que a vacinação anti-COVID-19 causou a exacerbação da TI. Em doentes com TI recomenda-se vigiar a contagem plaquetar antes e após vacinação, sendo que, caso haja descida plaquetar, esta costuma ser transitória, com boa resposta à terapêutica habitual. Tal risco é baixo, reforçando-se a importância da vacinação anti-COVID-19, dado os resultados favoráveis na diminuição da doença grave, hospitalização e morte.

PA n.º 2344

PORFIRIA CUTÂNEA TARDA, ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Lourenço Martins(1);Andreia Rocha Costa(1);Fernando b. Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de São Pedro

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução
As porfirias são um grupo de doenças metabólicas resultantes de défices enzimáticos na síntese do heme, levando à acumulação dos seus percursores – as porfirinas. A Porfiria Cutânea Tarda (PCT) é a mais comum e ocorre pela diminuição da atividade da uroporfirinogénio descarboxilase (UROD) (<20%). Pode ser esporádica (80% dos casos) ou familiar. Predominam as manifestações cutâneas em áreas expostas ao sol e o seu início é relativamente tardio.
Caso Clínico
Mulher caucasiana, 71 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial essencial e hábitos etílicos (20g/dia); sem hábitos tabágicos. Recorreu ao SU por lesões cutâneas bolhosas e pruriginosas no dorso das mãos e região do decote associadas a hiperpigmentação, com um ano de evolução. Sem alterações medicamentosas recentes. Familiares maternos com pele escura. Analiticamente, transaminases normais, ferritina aumentada (484 mg/dL) e restante cinética do ferro normal, serologias VIH, VHB e VHC negativas. O estudo revelou porfirinas urinárias aumentadas, protoporfirinas eritrocitárias aumentadas, porfirinas das fezes e porfobilinogénio do soro normal. O estudo genético detetou mutação do gene UROD e HFE C282Y em heterozigotia. Assumiu-se o diagnóstico de PCT tipo II e iniciou flebotomias. Teve alta com indicação de evicção solar, AINEs e abstinência etílica. Com as medidas de evicção e flebotomias bimensais (ferritina alvo <20mg/dL), a clínica cutânea melhorou paulatinamente com normalização das porfirinas séricas e urinárias. Mais tarde, por recorrência da hiperpigmentação e aumento de novo das porfirinas urinárias, iniciou hidroxicloroquina, com boa resposta; entretanto suspensa por normalização das porfirinas urinárias.
Discussão
Salientam-se o consumo etílico e a mutação do gene HFE como fatores desencadeantes da PCT, numa doente que apresentava também mutação do gene UROD. Foram excluídos outros tipos de porfirias pela ausência de sintomas neuroviscerais e pelo estudo das porfirinas fraccionadas.

PA n.º 2350

Um TEP, uma trombose esplénica, e uma trombofilia hereditária com um genótipo incomum

Patrícia Macedo Simões(1);Joana Cabeleira(1);Bernardo Silva(1);Tetiana Baiherych(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1)
(1) Hospital de Santarém

Tema: Doenças raras

Trombofilia designa um conjunto de patologias caracterizadas por um risco aumentado de trombose. Pode ser adquirida ou hereditária, conforme resulte de uma condição identificada (como trauma, cirurgia, imobilização prolongada, ou neoplasia), ou de uma predisposição genética. As trombofilias hereditárias mais comum são associadas a mutação do factor V Leiden, a mutação de protrombina, ou deficiência de antitrombina III, proteína C or S. Manifestam-se com tromboses profundas, tromboembolismos, e complicações na gravidez, como abortos recorrentes, descolamento prematuro da placenta, e eclâmpsia precoce.
Neste caso, apresenta-se um homem, 68 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, doença do refluxo gastroesofágico, hiperplasia benigna da próstata, litíase renal, e antecedentes familiares de tromboembolismo pulmonar (mãe e sobrinha com menos de 40 anos).
Recorreu ao SU por dor torácica intensa de instalação súbita, e dispneia. À observação, com taquicardia sinusal (FC 130bpm), normotenso, eupneico em ar ambiente com SpO2 98%, com sopro diastólico tricúspide. Analiticamente, destacava-se D-dímeros 2531.
Realizou angio-TC de tórax, que identificou: "Presença de múltiplos defeitos de preenchimento ao contraste em ambos os ramos lobares dos lobos inferiores e em alguns ramos segmentares e subsequentes destes lobos, sendo os trombos dos ramos lobares parcialmente oclusivos e havendo também atingimento do ramo segmentar posterior do lobo superior direito e da porção proximal do ramo lingular."
Ficou internado por tromboembolismo pulmonar bilateral. Do estudo complementar, destaca-se TC abdomino-pélvica, que revelou: "Trombose/oclusão da artéria esplénica, aparentemente não recente".Perante estabilidade clínica, o doente teve alta ao 9º dia de internamento anticoagulado com varfarina, e continuou o estudo em consulta externa, do qual se destaca a pesquisa de trombofilias: estudo genético revelou a presença do alelo 4G para o gene SERPINE1(PAI1) em homozigotia.
A presença deste alelo está associada a níveis aumentados de PAI-1 (inibidor do activador do plasminogénio) no plasma, o que resulta numa hipofibrinólise e consequente risco aumentado de trombose. Quando em homozigotia, o aumento pode ser até 47% do verificado em outros genótipos (G4/G5 ou G5/G5).

PA n.º 2371

Leucemia linfocítica granular de células T: diagnóstico pouco frequente

João Casanova Pinto(1);Manuel g. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A leucemia linfocítica granular de células T (LLG-T) é uma doença rara que compreende cerca de 2% de todas as malignidades linfoproliferativas. Caracteriza-se pela infiltração periférica e medular de linfócitos grandes hipergranulares, podendo associar-se a esplenomegalia, citopenias e doenças auto-imunes. Maioritariamente, afecta pessoas com mais de 50 anos e o seu curso é indolente, podendo evoluir para formas agressivas.

Caso clínico:
Mulher de 54 anos, leucodérmica, com história de bronquiectasias e tabagismo activo, enviada à consulta por leucopenia flutuante, astenia e sudorese nocturna com 2 anos de evolução. À observação, sem adenopatias palpáveis, nem hepatomegalia ou esplenomegalia. Laboratorialmente com Hb 14.7 g/dL, leucócitos 4.3 x 109/L, neutrófilos 0.8 x 109/L, linfócitos 2.7 x 109/L, Plaquetas 248 x 109/L, VS 4 mm/h, esfregaço de sangue periférico e proteinograma sérico normais e pesquisas de CMV, EBV e HIV negativas. A imunofenotipagem de sangue periférico revelou muitos linfócitos atípicos. Por citometria de fluxo identificaram-se na celularidade global 30.4% (1.0 x 109/L) dos 40.3% de linfócitos T CD8+ com fenótipo aberrante (ausência de CD5 e subexpressão de CD2 e CD7). A pesquisa do rearranjo dos receptores das células T (TCR) confirmou clonalidade. Na tomografia de corpo identificaram-se múltiplos gânglios mediastínicos com 1 cm de maior eixo e ligeira hepatomegalia de contornos globalmente regulares. O estudo medular demonstrou proliferação > 10% de linfócitos T grandes granulares, com fenótipo imunohistoquímico CD8+/CD3+/CD5- e subexpressão de CD2 e CD7. Foi assumido o diagnóstico de leucemia linfocítica granular de células T, tendo sido a doente referenciada a um centro hemato-oncológico.

Discussão:
Trata-se de uma doença rara e provavelmente subdiagnosticada cuja etiologia se acredita estar relacionada com a activação de linfócitos T por antigénios virais. A sua caracterização requere a realização de imunofenotipagem e teste de clonalidade. Assim sendo, esta patologia deve constar do diagnóstico diferencial de citopenias e linfocitoses. Tal como em 80% dos casos de LLG-T, este apresentou-se de modo indolente.

PA n.º 2379

Endocardite indeterminada - um mistério por resolver ou a explicação mais simples?

Tatiana Soares Ferreira Gonçalves Correia(1);Catarina Abreu(1);João Mirinha Luz(1);Susana Matias(1);Sílvia Pereira(1);Melanie Ferreira(1);Francisca Delerue(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Endocardite pode ser classificada como infecciosa (com ou sem agente isolado) ou não infecciosa (neoplásica ou associada a patologia imuno-mediada como o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)). A endocardite infecciosa sem agente isolado constitui um desafio diagnóstico e tem uma baixa prevalência, já a endocardite não infecciosa é mais rara e de diagnóstico igualmente difícil.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 75 anos, autónoma, com antecedentes pessoais de LES, neoplasia da mama há 10 anos e hipertensão arterial que foi internada por sépsis de ponto de partida em pielonefrite sem isolamento de agente etiológico. Após 7 dias de ceftriaxone empírico, manteve picos febris persistentes com exames culturais negativos. Realizou ecocardiograma que demonstrou endocardite da válvula mitral nativa e tomografia por emissão de positrões que excluiu presença de outros focos infecciosos/inflamatórios. Re-iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e vancomicina apesar de culturas e serologias de agentes fastidiosos negativas. O caso foi discutido com reumatologia que considerou mais provável tratar-se de endocardite infecciosa dado LES em remissão sob hidroxicloroquina, sem evidência clínica ou analítica de exacerbação e anticorpos anti-fosfolípidos negativos. No entanto, pela ausência de etiologia estabelecida, optou-se por iniciar anticoagulação. Realizou ecocardiograma de controlo com redução da vegetação prévia, apoiando a hipótese de endocardite infecciosa com culturas negativas de provável ponto de partida em bacteriemia transitória por pielonefrite. Após discussão com cardiologia e cirurgia cardiotorácica, foi realizada substituição valvular e completou o ciclo de antibioterapia de 6 semanas associado a anticoagulação.
Este caso pretende destacar o diagnóstico raro e difícil de estabelecer de endocardite infecciosa sem isolamento de agente versus marântica, bem como a necessidade de abordagem multidisciplinar, na qual a medicina interna tem um papel preponderante.

PA n.º 2384

Púrpura trombocitopénica imune secundária a Beta-IFN em doente com esclerose múltipla

João Casanova Pinto(1);Manuel G. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
A trombocitopenia é um efeito adverso descrito de várias terapêuticas modificadoras de doença na esclerose múltipla (EM). Ainda que rara, a ocorrência de trombocitopenia imune em doentes com EM é 25 vezes superior do que na população geral. Alguns relatos de caso têm vindo a reportar trombocitopenia imune ou microangiopatia trombótica em doentes sob Beta-IFN.

Caso clínico:
Homem de 47 anos, leucodérmico, com EM diagnosticada há 4 anos, sob Beta-IFN IM 3x/semana, admitido por hematoma na face medial da coxa, petéquias nas mãos com distribuição centrípeta e na região peri-oral, hematomas da mucosa oral e gengivorragias associadas. Negou trauma, febre, hemoptises, hematúria, melenas, rectorragias, infecções respiratórias ou gastro-intestinais recentes, consumo de novos fármacos. À observação estava apirético, normotenso, normocardíaco, com hematomas no palato, gengivorragias, petéquias nos lábios, região peri-oral, e na face dorsal dos membros inferiores e superiores em toda a sua extensão. Laboratorialmente tinha 1 x 109/L plaquetas, Hb 16.1 g/dL, creatinina 0.89 mg/dL, TP e aPTT normais, esfregaço de sangue periférico e proteinograma e imunofixação séricos sem alterações. Pesquisas de VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, EBV, Parvovírus B19, Coxsackie, SARS-CoV-2 negativas. Do estudo auto-imune, destaque para ANA positivos (1:160) com padrão fino granular AC-4, anticorpos anti-plaquetários, anti-dsDNA, anti-Histonas, anti-Beta-2-glicoproteína, anti-cardiolipina e anticoagulante lúpico negativos, teste directo de antiglobulina positivo, C4 4 mg/dL, anti-Ro52 positivo (++). Foi suspenso o Beta-interferão e prontamente iniciado tratamento com dexametasona 40 mg EV por dia, durante 4 dias e imunoglobulina EV durante 5 dias. Com a terapêutica instituída, apresentou recuperação hematológica, com plaquetas 139 x 109/L e controlo da discrasia hemorrágica, tendo sido referenciado a consulta de Hematologia pós-alta.

Discussão:
O caso representa uma reacção adversa rara e grave ao Beta-IFN no tratamento da EM. Estudos recomendam a monitorização da contagem plaquetária durante a terapêutica com alta-dose ou a escolha de fármacos (DMARD) alternativos. Perante trombocitopenia grave, urge excluir-se microangiopatia trombótica potencialmente fatal para melhor adequar o tratamento emergente.

PA n.º 2405

Apresentação atípica de adenocarcinoma do pulmão.

Filipa Abelha Pereira(1);Daniela Barroso(1);Tomás Fonseca(1);João Araújo Correia(1)
(1) Hospital Santo Antonio

Tema: Doenças oncológicas

O adenocarcinoma é o cancro do pulmão mais comummente diagnosticado, fazendo parte do grupo de não pequenas células, tendo um padrão de metastização típico conhecido, com envolvimento típico ósseo, cerebral, das glândulas suprarrenais e hepático.
Homem de 49 anos, ex-fumador (35 UMA), apresentou-se com lesão expansiva da região palmar da mão esquerda, com evidência de invasão muscular, com 3 meses de evolução, em avaliação exterior, associada a paralisia 1º dedo e plegia dos restantes dedos. Evoluiu com surgimento de outras tumefacções, dispersas e bilaterais, de consistência dura, bem delimitadas, aderentes aos planos profundos, sem dor à palpação ou sinais inflamatórios associados. A par, com dor difusa progressiva, incapacitante, a motivar internamento hospitalar. Investigação compatível com neoplasia metastizada com envolvimento cerebral, ósseo, peritoneal, dos tecidos moles e pulmonar, com presença de lesão pulmonar nodular no lobo superior esquerdo, sugestiva de primário. Biópsia de lesão torácica anterior compatível com adenocarcinoma do pulmão pouco diferenciado, CK7+, CK20-, TTF1-, p40- e GATA3+, com mutação de EGFR, NRAS e BRAF negativas e KRAS positiva (mutações disponíveis post mortem). O doente evoluiu com dor de muito difícil controlo e com deterioração clínica rapidamente progressiva, tendo vindo a falecer durante internamento.
Estamos assim perante um caso de apresentação atípica de neoplasia pulmonar em doente jovem, em estadio IV no momento do diagnóstico, de muito rápida evolução que, apesar da investigação extensa célere, veio a falecer precocemente.

PA n.º 2408

Apenas diagnosticamos o que conhecemos – uma apresentação atípica de tuberculose multiorgânica

Rita Palma Féria(1);Pedro Moules(1);Filipa de Oliveira Nunes(1);Joana Filipa Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apesar da incidência da tuberculose manter uma tendência descendente, Portugal continua com uma das taxas mais elevadas da Europa Ocidental, sendo esta superior em grupos como migrantes e doentes imunossuprimidos.
Descrevemos o caso de uma jovem de 28 anos, natural da Índia, residente em Portugal há 4 anos. Saudável, sem história médica conhecida, dieta ovolactovegetariana.
Recorreu ao Serviço de Urgência por não ter seguimento em Cuidados de Saúde Primários, por quadro com 20 dias de evolução de cervicalgia com irradiação ao ombro e escápula esquerda, sem défices neurológicos associados, despoletada por esforço e controlada com terapêutica sintomática. Negava sintomas constitucionais, como perda ponderal, febre ou astenia.
Analiticamente anemia carencial (ferro e vitamina B12), discreta elevação de parâmetros inflamatórios, trombocitose, sem disfunção renal, VIH negativo, ECA não aumentado, IGRA negativo. Radiografia de tórax com opacificação do mediastino superior, sem outras alterações. TC cervico-toraco-abdomino-pélvica revelou: adenopatias de aspecto necrótico jugulares internas, supraclaviculares, mediastínicas, celíacas e ileocólicas; lesões heterogéneas e infiltrativas para-vertebrais mediastínicas, com erosão dos corpos vertebrais adjacentes (D1-D4); focos nodulares apicais nos lobos superior e inferior esquerdos; espessamento parietal concêntrico do íleo terminal. Realizou biópsia aspirativa de lesão mediastínica por ecoendoscopia brônquica, com identificação por PCR de Mycobacterium tuberculosis. Restantes exames diretos e culturais negativos.
Confirmou-se o diagnóstico de tuberculose multiorgânica, com envolvimento ganglionar, ósseo e ileal, tendo iniciado terapêutica dirigida e sido orientada ao CDP.
Este caso exemplifica uma apresentação atípica de tuberculose, e reforça o enorme espectro de apresentações que esta patologia pode ter e a que tornam um verdadeiro desafio diagnóstico, para o qual continua necessário manter um elevado nível de suspeição.

PA n.º 2409

MALT extranodal– um caso de envolvimento ocular primário

Luís Veiga(1);Rúben Rego Salgueiro(1);Miguel Gonçalves Pereira(1);Sílvia Nunes(2);Iurie Pantazi(1);Adriano Cardoso(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (2) Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães

Tema: Doenças hematológicas

O envolvimento extra nodal do MALT pode envolver os anexos oculares, pulmão, glândulas lacrimais e salivares, tiroide intestino delgado, mama, sinóvia, dura, pele e tecidos moles. O envolvimento ocular pode apresentar-se como uma massa de crescimento lento, olho vermelho e epífora.
Mulher 51 anos seguida na consulta de Medicina Interna desde 2017 por hipotiroidismo iatrogénico (tiroidectomia total por tumor folicular tiroide), queixa-se na consulta de epífora, fotofobia e olho vermelho com semanas de evolução. Com um exame físico norma à parte do descrito é enviada à consulta de Oftalmologia que descreve panus vascular na córnea superior do OE que medica com dexametasona subcutânea. Desde Junho de 19 mantem de forma mais ou menos recorrente (de acordo com corticoide aplicado) agravamento das queixas. Propõem-se por recorrência das queixas, biopsia conjuntiva límbica superior que apresenta infiltrado linfoide que é particularmente denso e abundante no fragmento maior, consistindo numa população de células de tamanho intermédio, com esboço de folículos/nódulos, evidenciados pela imunomarcação com CD21, mostrando alargamento da trama das células reticulares dendríticas. São células B, CD20+, bcl2+, CD10-, com bcl6 limitado aos centros germinativos. A população T é numerosa, CD3+, CD5+. O epitélio conjuntival mostra alterações reaccionais degenerativas, com permeação inflamatória, sugestivo de linfoma da zona marginal extranodal, tipo MALT; e Ressonância Magnética ocular para excluir envolvimento orbitário, que mostrou não existir aparente envolvimento. Exames de imagem, estudos endoscópicos, biopsia óssea, medulograma e imunofenotipagem, não demonstram outros envolvimentos tissulares. Proposta para RT e injecção local de rituximab, encontra-se desde 2021 em remissão sustentada.
Como um todo, os pacientes com MALT tem um relativamente bom prognóstico, com uma média de sobrevida além dos 10 anos. Os dados relativos a este tipo de pacientes provêm de estudo de pequenas series retrospectivos e pequenos estudos prospectivos, pelo que o tto e seguimento ainda depende principalmente da opinião dos peritos e da evolução clínica.

PA n.º 2422
Febre Q

Pedro Cerqueira Pinto(1);Maria João Pinto(2);Beatriz Exposito(2);Catarina Coelho(2);Fernando Salvador(1);Ana Rita Reis Bragança(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A febre Q é uma zoonose causada pela Coxiella burnetii, uma bactéria gram-negativa intracelular obrigatória. O complexo ciclo de transmissão de C. burnetii faz com que a epidemiologia da doença nem sempre seja clara. A infeção em humanos ocorre essencialmente por contacto com urina, fezes, sangue ou leite contaminado de ovelhas, cabras e bovinos.
Relata-se o caso de um homem de 46 anos com antecedentes de hepatite B crónica. Recorreu ao serviço de urgência por febre com 8 dias de evolução associada a mialgias, náuseas e cefaleia. O doente residia numa zona rural e referia ter vários animais de estimação desparasitados. O exame objetivo foi normal. Por elevação dos parâmetros inflamatórios e febre que cedia apenas parcialmente a antipiréticos optou-se por prosseguir estudo em internamento. Foi pedido painel de zoonoses, rastreio sético, estudo virológico e autoimune. Realizou doseamento de carga viral HBV e HDV que descartou reinfeção. Pela estabilidade clínica protelou-se iniciou de antibioterapia tendo iniciado doxiciclina quando se verificou serologia positiva para C. burnetti. O restante estudo foi negativo. Pela melhoria clínica teve alta para Hospital de dia. O doente manteve-se assintomático com pico febril diário único até ao 18º dia de doença. Realizou Ecocardiograma transtorácico e TC toracoabdominopélvico que foram normais. Cumpriu 28 dias de antibioterapia. Repetiu serologia onde se verificou negatividade C. burnetti para fase I, mantendo IgG positivo para fase II.
Enquanto se verificar positividade IgG fase I deve manter-se antibioterapia dado o risco de complicações tais como endocardite, vasculite, arterite e osteomielite. A maioria dos doentes responde a ciclo de tratamento de 14 dias, contudo alguns precisam de tratamento prolongado. Este caso recorda o vasto leque de diagnósticos diferenciais num caso de febre sem foco e a importância de uma história clínica rigorosa para nos guiar até ao diagnóstico.

PA n.º 2427

Por de trás de um cansaço: Arterite de Células Gigantes

Pedro Filipe Mesquita(1);Andreia Freitas(1);Mariana Fidalgo(1);Catarina Pereira(1);Raquel Barreira(1);Filipa Ribeiro(1);Carina Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: A Arterite de Células Gigantes (ACG) é uma vasculite de grandes/médios vasos com prevalência crescente acima dos 50 anos. O advento da tomografia por emissão de positrões (PET) permitiu aumentar o yield diagnóstico, sobretudo na variante de grandes vasos, que ocorre em 10% dos casos. Caracteriza-se pelo predomínio dos sintomas constitucionais e ausência do fenótipo cranial (cefaleias, claudicação da mandibula, queixas oculares).
Caso Clínico: Mulher de 73 anos, europeia, com antecedentes cancro colorretal. Referenciada à consulta por quadro de 5 meses de astenia, temperatura sub-febril e arrepios vespertinos, acompanhados de hipersudorese noturna e perda ponderal de 5%. Sem outros sintomas ou fatores de risco. Exame físico completo inocente. Analiticamente com anemia inflamatória, proteína C reactiva de 9.9 mg/dL e velocidade de sedimentação >120mm. Excluída etiologia infeciosa com culturas de líquidos biológicos, baciloscopias e serologias. Estudo imunológico negativo. Para exclusão de neoplasia oculta foi realizado estudo tomográfico (TAC), endoscópico, mamografia, citologia cervical e eletroforese sem alterações. Seguiu-se a realização de PET que mostrou hipercaptação na parede da aorta e seus principais ramos. Sem estenoses ou dilatações significativas após angioTC. Tentada biópsia da artéria temporal sem sucesso. Dada a suspeita diagnóstica, iniciou prednisolona com resolução sintomática e analítica, encontrando-se atualmente sob metotrexato, por efeitos secundários à corticoterapia.
Discussão: Num idoso com sintomas constitucionais, após a exclusão de infeção e de neoplasias, as vasculites devem ser ponderadas. Destaca-se o valor diagnóstico da PET, quando outros métodos se revelam infrutíferos. A variante de grandes vasos da ACG dificulta o diagnóstico diferencial com outras arterites de grandes vasos. O insucesso da biópsia temporal pode traduzir o acometimento deste vaso, não devendo a sua ausência condicionar o início do tratamento.

PA n.º 2429

Um dia sonhei um sonho – análise do primeiro ano de internamento da Unidade de Cuidados Paliativos

Patrícia Meireles(1);Fátima Costa(2);Cátia Macedo(3);Ludovina Paredes(4);Ana Paula Costa(4);Ricardo Fernandes(4);Márcia Oliveira(4)
(1) Unidade de Saúde Familiar Almedina (2) Centro Hospitalar Tamega e Sousa (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho EPE (4) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, EPE

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Os Cuidados Paliativos são um conjunto altamente especializados que podem decorrer em diferentes cenários e contextos. A complexidade clínica, familiar e da equipa assistencial determinam o “lugar de cuidar”. As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) dos Centros Hospitalares destinam-se a pessoas-doente com condições evolutivas, altamente limitativas e de elevada complexidade. O número reduzido de camas limita a admissão dos doentes, razão pela qual foram definidos critérios de admissão.
Métodos: Avaliação retrospectiva das pessoas-doente internadas na Unidade de Cuidados Paliativos de 26 de Abril de 2021 a 26 de Abril de 2022 – análise sócio-demográfica, diagnóstico principal.
Resultados: Foram admitidos a UCP 278 pessoas-doente, com predomínio do género masculino (N=162; 58.3%) com idade média de 73,1 anos. A maioria com patologia oncológica (N= 184, 66,2%) e sem seguimento prévio pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos [EIHSCP]. O tempo médio de internamento foram 9 dias. Cerca de 40% aguardou 1 a 7 dias antes de ser referenciado a UCP (N=104). Foi realizada conferência familiar em 104 desses internamentos (40%). No que diz respeito à organização – 75% deles faleceram (N=204), 19% regressaram ao domicílio com o apoio das Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).
Conclusão: São inúmeros os desafios na organização e gestão das UCP em diferentes domínios – doentes, família, equipa assistencial. Constitui uma oportunidade da promoção da dignificação de cuidados bem como da aplicação dos princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. Vários foram, com a abertura deste internamento, os ganhos em termos de humanização da atividade assitencial, da instituição e mesmo da satisfação das pessoas-doente.

PA n.º 2431

Mal de Pott- um caso atípico

Catarina Ramada Rua(1);Rui Salvador(1);Ana Catarina Dionísio(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é uma infeção com inoculação por via aérea e consequentemente com atingimento preferencialmente pulmonar. No entanto, a primeira apresentação da doença pode ser extra-pulmonar, num doente sem história conhecida de primoinfeção.
Mulher, 76 anos, recorre ao SU após queda da própria altura com trauma da região torácica esquerda, região dorso-lombar e membro inferior esquerdo. Na entrevista objetiva-se um quadro com evolução de 3 meses de lombalgia com perda funcional progressiva e, no último mês, picos febris vespertinos, hipersudorese noturna, anorexia e perda ponderal. Do estudo realizado demarca-se um aumento dos parametros inflamatorios e um TC-lombar com múltiplas frácturas ósseas, com tempos de evolução diferentes, e alterações dos tecidos paravertebrais de L1 que não permitem excluir lesão secundaria infeciosa. O raio-x de tórax demonstra apenas um reforço hilar inespecifico. Continuado o estudo em internamento, com hemoculturas e uroculturas negativas e manutenção de febre sobre antibioterapia de largo espetro, surge um quadro respiratório de novo com insuficiência respiratória em agravamento progressivo com necessidade de internamento em cuidados intermédios. Uma segunda imagem de TC-lombar demonstra uma loca paravertebral com realce em anel, com 16 mm; posteriormente confirmada em RM lombar uma espondilite em L1 com componente de tecidos moles paravertebral e pequenas colecções abcedadas à direita. A drenagem de pús da loca demonstra ser BK positivo e é iniciado tratamento tuberculostático com melhoria clínica marcada desde a instituição da mesma. É realizado estudo endobrônquico que não conseguiu isolar micobacterias em exame direto ou cultural.
A tuberculose extra-pulmonar é uma apresentação primaria pouco comum, mas, perante um quadro febril prolongado com sintomas constitucionais associados e queixas focalizadoras, devemos equacionar uma infeção por agentes atípicos, como o bacilo de Koch e completar com estudo de foco pulmonar concomitante.

PA n.º 2432

Doença de Marchiafava-Bignami (DMB): Uma complicação rara do abuso do álcool

Bárbara Ferreira da Silva(1);Tânia Faustino Mendes(1);Matilde Couto(1);Mariana Marques(1);Nuno André Sousa(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFX

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A DMB é uma condição rara associada ao consumo crónico e abusivo de álcool e/ou desnutrição, caracterizada por desmielinização e necrose do corpo caloso, sendo geralmente atribuída a uma deficiência de vitaminas do complexo B.
Caso Clínico: Homem de 50 anos, com história de alcoolismo crónico (300g de álcool/dia) foi trazido ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência. Apresentava à admissão um Score de Glasgow de 6 (O4, V1, M1). Analiticamente, apresentava macrocitose, sem elevação dos parâmetros inflamatórios e sem alterações do líquor. A tomografia computorizada (TC) crânio-encefálica (CE) apesentava hipodensidade no esplénio do corpo caloso, esboçando áreas arredondadas e hipodensidade na sua vertente mais anterior, alterações sugestivas de DMB. A ressonância magnética (RMN) CE confirmou este diagnóstico pela presença de lesões hiperintensas nas sequências de TR longo envolvendo o joelho e o esplénio do corpo caloso, com atingimento central destes, poupando a interface caloso-marginal e sem extensão aos hemisférios cerebrais. As lesões do esplénio acompanham-se de hipersinal ténue DWI e hipossinal discreto em ADC, indicado restrição à difusão e perfil evolutivo recente. Foi admitido na unidade de cuidados intensivos para ventilação mecânica e iniciou terapêutica com tiamina e multivitamínico. Apresentou evolução favorável com recuperação progressiva do estado de consciência e funções corticais, estando à data de alta totalmente autónomo.
Discussão: O quadro clínico apresentado na DMB é inespecífico podendo a sua evolução ser rápida e fatal. O seu diagnóstico é então essencial, contanto hoje em dia com a TC e/ou RMN CE. Ainda sem tratamento específico, a terapêutica de suporte é essencial e parece existir uma resposta positiva ao tratamento com tiamina e outras vitaminas do complexo B, como foi o caso do nosso doente.

PA n.º 2442

Hipofisite Secundária à Imunoterapia: Uma Entidade Clínica Subdiagnosticada no Doente Oncológico

Fabiana Gouveia(1);Diogo Raposo André(1);Teresa André(2);João Miguel Freitas(1);Rita Vieira(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Marmeleiros Funchal (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças oncológicas

As hipofisites são raras com manifestações clínicas e imagiologia normalmente inespecíficas para distinção entre as hipofisites e outras massas selares. Os doentes oncológicos tratados com Anticorpos Inibidores de Checkpoints Imunológicos (Anti-ICI) podem apresentar efeitos adversos, nomeadamente endocrinopatias em cerca de 10%, as quais se associam a fenómenos de autoimunidade.
Descreve-se o caso clínico de um homem de 49 anos seguido por Oncologia por um carcinoma de pequenas células da orofaringe em estadio IIA, tratado com nivolumab (Anti-ICI) que iniciou três meses antes, recorreu ao serviço de urgência (SU) por um quadro de hipotensão, astenia, anorexia e labilidade emocional com evolução de um mês e agravamento progressivo. O estudo feito no SU permitiu excluir uma intercorrência infeciosa ou progressão da doença oncológica. O doente foi internado no serviço de Medicina Interna, sendo pedido uma avaliação laboratorial com pedido de hormonas adeno-hipofisárias que evidenciou eutiroidismo, gonadotrofinas sem alterações, testosterona diminuída (0.13ng/mL), hiperprolactinemia (33.6ng/mL), hormona adrenocorticotrópica (ACTH) diminuída (2.2pg/mL) e cortisol matinal aumentado (46ug/dL). A ressonância magnética esfeno-selar pedida não documentou alterações relevantes. Admitiu-se hipocortisolismo central por provável hipofisite secundária ao nivolumab e o doente é referenciado à Endocrinologia que instituiu corticoterapia com prednisolona oral, verificando-se uma melhoria clínica e analítica do quadro.
A hipofisite secundária à imunoterapia com Anti-ICI associa-se habitualmente a uma clínica frustre, o que pode contribuir para o atraso no diagnóstico. Os sintomas mais frequentes são fadiga e astenia, presentes em aproximadamente 13% dos doentes tratados com estes agentes farmacológicos. O presente caso demonstra a importância do conhecimento desta entidade clínica, cujo diagnóstico precoce e terapêutica atempada podem ser determinantes no prognóstico e qualidade de vida do doente oncológico.

PA n.º 2448

Anemia hemolítica microangiopática e Klebsiella pneumoniae: uma associação rara

Pedro Mesquita(1);Raquel Barreira(1);Leonor Roseta(1);Mariana Fidalgo(1);Renata Monteiro(1);Rafaela Veríssimo(1);Regina Abreu(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A anemia hemolítica microangiopática (AHMA) resulta de hemólise não imune intravascular e traduz-se na presença de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico (ESP), teste de coombs direto (TAD) negativo, hiperbilirrubinemia indireta, aumento da desidrogenase láctica (DHL) e diminuição de haptoglobina. A presença de trombocitopenia é frequente.
Caso clínico: Homem, 69 anos, recorre ao serviço de urgência por icterícia e diarreia aquosa com 2 dias de evolução. Sem viagens recentes ou outra sintomatologia associada. Na admissão normotenso, taquicárdico e febril. Analiticamente com 8x109/L plaquetas, sem alterações do ESP; hiperbillirrubinemia indireta, creatinina de 2.45mg/dl (basal 0.8mg/dL) e proteína C reactiva de 45.87mg/dL. Estudo da coagulação, radiografia de tórax e ecografia abdominal sem alterações. Iniciada ciprofloxacina assumindo sépsis por gastroenterite aguda. Às 24 horas de internamento com queda de 5g/dl de hemoglobina, haptoglobina diminuída e elevação da DLH; revisto ESP inicial que apresentava esquizócitos. TAD negativo. Score PLASMIC de 6 pontos, mas com melhoria clínica e da bioquímica renal às 36 horas de antibioterapia/fluidoterapia pelo que se considerou não ter indicação para imunossupressão/plasmaferese. Isolamento de Klebsiella pneumoniae nas hemoculturas, completando 14 dias de antibioterapia dirigida com resposta favorável.
Discussão/Conclusão: A AHMA secundária a infeção tem sido descrita como produto da ação direta de toxinas, da invasão e destruição eritrocitária ou da produção de anticorpos. O caso ilustra a grande sobreposição clínica entre AHMA primária (síndrome hemolítico urémico, púrpura trombocitopénica trombótica) e secundária, sendo a sua distinção essencial na definição do tratamento. São raros os casos na literatura que descrevem a infeção por Klebsiella Pneumoniae, enquanto agente etiológico. Perante forte suspeita clínica a repetição do esfregaço é essencial para a confirmação diagnóstica.

PA n.º 2461

Gut Microbiome Modulation and Alcoholic Liver Disease - a Systematic Review

Celina Veloso de Campos(1);Carlos d. Silva(2);Francisco Ferrer(2);Nuno Silva(2);Armando Carvalho(2)
(1) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO: A doença hepática alcoólica (DHA) é uma causa prevalente de doença hepática crónica e de mortalidade. Embora apresente um espectro de doença bem estabelecido, os respetivos mecanismos fisiopatológicos necessitam de mais investigação. Estudos recentes têm enfatizado o papel da microbiota intestinal no desenvolvimento da DHA, sugerindo possíveis abordagens terapêuticas, provavelmente mais acessíveis a um maior número de doentes.
OBJETIVO: Executar uma revisão sistemática de estudos sobre a disbiose ou modulação da microbiota intestinal, associadas ao consumo de álcool, incluindo alterações do eixo intestino-fígado e presumíveis novos alvos terapêuticos que possam influenciar o desenvolvimento da DHA.
MATERIAL E MÉTODOS: Procura e análise sistemática de estudos em PubMed/MEDLINE e Cochrane Register of Controlled Trials, através de uma pesquisa pré-definida. Foram incluídos estudos clínicos randomizados, estudos clínicos controlados, estudos longitudinais (prospetivos, retrospetivos e cross-sectional), estudos comparativos e outros relevantes para a revisão. A pesquisa foi limitada a adultos (idade superior a 18 anos) com DHA. Sem limitação quanto ao sexo, idioma ou período de pesquisa.
RESULTADOS: A DHA e o consumo crónico de álcool incitam disbiose intestinal, com o crescimento de espécies potencialmente prejudiciais (Enterobacteriaceae, Enterococcus, Streptococcaceae, Prevotella e Veillonella) e a diminuição de espécies provavelmente benéficas (Lachnospiraceae, Ruminococcos e Bacteroides). O álcool e a disbiose fomentam alterações na barreira intestinal, com aumento da translocação de LPS, β-glucano (fungos) e DNA bacteriano, através da veia porta. TLR-4, um recetor de LPS nas células de Kupffer (KCs), ao ser ativado produz espécies reativas de oxigénio (ROS) e liberta citoquinas inflamatórias, sobretudo TNF-α e quimiocinas. Outros recetores das KCs são o TLR-9, associado ao DNA bacteriano, e Dectin-1, relacionado com o β-glucano. A produção de ROS deve-se ao metabolismo do álcool (ingerido e produzido endogenamente pela microbiota intestinal), à ativação das KCs e células estreladas hepáticas (HSC) e à lesão hepatocitária. As alterações do eixo intestino-fígado culminam em endotoxemia, produção de ROS e citoquinas inflamatórias, recrutamento de células inflamatórias e ativação das vias de apoptose, induzindo uma intensa resposta inflamatória no tecido hepático, com evolução para hepatite alcoólica (AH). Uma persistente agressão, inflamação e lesão dos hepatócitos e restante tecido, ativa a produção de colagénio (HCS), que conduz à fibrose hepática, com evolução para cirrose. O uso de probióticos é uma abordagem aparentemente segura, capaz de restaurar a disbiose, aumentando Lactobacillus e Bifidobacterium e reduzindo Enterobacteriaceae. Também diminui a endotoxemia, pode melhorar a função hepática e retardar a progressão da DHA. O transplante da microbiota fecal (FMT) expõe resultados promissores, com crescimento de espécies benéficas, melhoria da função e lesão hepáticas e da taxa de sobrevivência.

CONCLUSÃO: A disbiose intestinal e modificações do eixo intestino-fígado traduzem-se num significativo impacto na progressão da DHA. As hipóteses terapêuticas direcionadas para a microbiota intestinal e para o eixo podem atenuar a inflamação hepática e a evolução da doença, com melhorias clínicas evidentes. Não obstante, futuras investigações urgem para assegurar os resultados.

PA n.º 2462

Lei de Murphy e abcesso do psoas: "se algo pode correr mal, vai correr (mesmo) mal"

Ana Rita Pedroso(1);Patrícia de Cunha Brito(1);Inês Manuel Gonçalves(1);Rita Gonçalves Pinto(1);Marina Alves(1);Isabel Gomes Abreu(1);Luísa Graça(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
O abcesso do psoas é raro, associa-se a sintomatologia inespecífica, sendo o diagnóstico, frequentemente, tardio. Ocorre por disseminação de uma infeção contígua ou por via hematogénica.
Caso clínico:
Mulher de 82 anos, com antecedentes de Diabetes Mellitus e prótese total da anca esquerda.
Internada para cirurgia de adenocarcinoma do ângulo hepático, que complicou numa infeção superficial da ferida. Evoluiu para fasceíte necrotizante da parede abdominal com extensão à coxa esquerda, culminando num choque séptico, motivo pelo qual foi admitida em Cuidados Intermédios. Optou-se pelo desbridamento da região abdominal e da coxa esquerda com necessidade de retalhos.
Durante o internamento na enfermaria, apresentou uma bacteremia persistente associada a cateter venoso central por Staphylococcus Aureus meticilino sensível (MSSA). Excluiu-se endocardite, mas, após realização de tomografia computorizada abdomino-pélvica, identificou-se um abcesso do psoas ("coleção líquida localizada no músculo psoas direito com cerca de 3cm") e uma espondilodiscite de L3-L4, esta última sem indicação cirúrgica. Drenou-se o abcesso, tendo-se isolado MSSA. Cumpriu antibioterapia com cefazolina e flucloxacilina de acordo com antibiograma, tendo completado tratamento com doxiciclina oral.
Como intercorrências apresentou, ainda, uma trombose venosa profunda ileofemoral esquerda e trombose parcial da veia jugular direita.
Após 5 meses, teve alta melhorada orientada para consultas de várias especialidades.
Discussão:
O prognóstico associado ao abcesso do psoas é desfavorável, dada a taxa de mortalidade de cerca de 20% mesmo com tratamento dirigido. O prognóstico agrava se: tratamento tardio e/ou inadequado, idade avançada, bacteriémia, doença cardiovascular e isolamento de Escherichia Coli.
Com este caso, realça-se a necessidade do tratamento agressivo das infeções dos tecidos moles, dado o desfecho fatal associado às mesmas, devendo, por isso, manter-se um índice de suspeição elevado.

PA n.º 2473

Super-Hiperferritinémia - uma revisão dos últimos 10 anos

Martim Caldeira Henriques(1);David Ferra de Sousa(1);Olga Capontes(1);Teresa Moitinho de Almeida(1);Madalena Silveira Machado(1);Vikesch Samji(1);Ana Rita Barradas(1);Margarida r. Fonseca(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Outro

INTRODUÇÃO
A ferritina é uma proteína intracelular universal. Cerca de 70% encontra-se nos eritrócitos circulantes, mas é o armazenamento no fígado que representa a maior reserva de ferro do organismo. O seu doseamento sérico está frequentemente associado ao estudo da cinética do ferro. Por essa razão, aquando da descoberta de uma hiperferritinémia, muitas vezes acidental, é necessário avaliar numa fase inicial se há ou não sobrecarga de ferro. Por ser um reagente de fase aguda, a ferritina aumenta em várias situações (mesmo sem sobrecarga férrica), sendo as quatro principais etiologias o consumo crónico de álcool, as síndromes inflamatórias (agudas e crónicas), a citólise (quer hepática, quer muscular) e a síndrome metabólica. A sua elevação muito marcada, por outro lado, poderá estar mais associada a um certo grupo de condições clínicas.
OBJETIVO
Caracterizar e analisar a população de doentes do nosso centro hospitalar (internamento, consulta e serviço de urgência) que apresentou valores de ferritinémia superiores a 10 000 ng/mL.
MATERIAL E MÉTODOS
Estudo observacional retrospetivo dos doentes que apresentaram um valor sérico de ferritina superior a 10 000 ng/mL no período compreendido entre janeiro de 2012 e maio de 2022. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos e analisados através do programa Microsoft Excel.
RESULTADOS
Foram analisados 131 doentes, sendo que 63,35% eram do sexo masculino e 36,65% do sexo feminino, com idade média de 63,9 anos e mediana de 67 anos.
Verificou-se que a maioria destes doentes (61,07%) apresentava uma infeção ativa na altura do doseamento da ferritina.
Dos diagnósticos deste grupo de doentes, foram seleccionados aqueles que estariam mais provavelmente relacionados com o aumento da ferritina sérica, sendo que na maior parte dos casos havia mais do que uma provável causa (85,50%). Verificou-se que 80,92% eram do foro infeccioso, 29,01% hematológico, 26,72% da área da gastroenterologia, 19,08% correspondia a patologia cardiovascular e 14,50% eram diagnóstico de neoplasia. Relativamente aos diagnósticos mais frequentes, 20,61% dos doentes apresentavam critérios de sépsis, 19,85% apresentavam alguma forma de hepatite aguda, 14,63% tinham diagnóstico de linfoma, 11,45% tinham diagnóstico de covid19 e 9,92% eram portadores de infeção VIH crónica. Destacamos que houve apenas 3 diagnósticos identificados de síndrome hemofagocítica (2,29%). Por outro lado, verificou-se também que 9,16% dos doentes apresentava necessidade de suporte transfusional frequente.
Relativamente à mortalidade, verificou-se a ocorrência de óbito até 30 dias após o doseamento sérico em 48,06% dos doentes. O diagnóstico mais frequente nos doentes com óbito até aos 30 dias foi a sépsis (37,10%), seguida da hepatite aguda (29,03%).

CONCLUSÕES

As principais causas identificadas de elevação da ferritina acima dos 10 000 ng/mL foram a sépsis, quadros de hepatite aguda e a doença neoplásica (sobretudo a patologia hemato-oncológica), evidenciando o papel importante dos estados inflamatórios neste contexto. No entanto, visto que na maior parte dos casos havia mais do que um possível diagnóstico responsável pela elevação da ferritina, torna-se desafiante identificar qual o mais provável.

Por outro lado, atendendo à elevada taxa de mortalidade nestes doentes, será considerável a utilização da ferritina como indicador de mau prognóstico.

PA n.º 2478

Laringomalácia num adulto – entidade rara com causas ainda mais raras

Ana Raquel Soares(1);Mariana Morais(2);Manuel Monteiro(2);Adriana Watts Soares(2);Pedro Pires(2);Rita Prayce(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (2) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

INTRODUÇÃO: A laringomalácia é caraterizada pelo colapso de estruturas supraglóticas flácidas na inspiração. É a causa mais comum de estridor nas crianças mas na idade adulta é uma entidade rara e pouco comum de obstrução da via aérea, tendo como principais causas doenças neurológicas (nomeadamente acidente vascular cerebral e doenças degenerativas), trauma e iatrogenia (como radiação e pos-operatório), sendo o refluxo gastroesofágico (RGE) raramente descrito como causa.
CASO CLÍNICO: Homem com 71 anos recorreu à Urgência por quadro de estridor com dois meses de evolução. Realizou tomografia computorizada cervical que mostrou colapso e perda focal da permeabilidade da orofaringe e nódulo tiroideu esquerdo volumoso condicionando desvio laringotraqueal. Por evolução em insuficiência respiratória global foi submetido a entubação nasotraqueal emergente, sendo admitido em cuidados intensivos. Estudo posterior com laringoscopia relatou edema e redundância da epiglote e aritnóides com malácia da epiglote que caía sobre o vestíbulo laríngeo, condicionando obstrução em 75%. Pelo tipo de lesões, foi assumida obstrução de via aérea por laringomalácia secundária a RGE grave como principal problema, traqueíte associada e ainda contributo de compressão extrínseca da via aérea por nódulo tiroideu. Em relação ao nódulo, foi colocada indicação cirúrgica não urgente. Cumpriu ciclo longo de corticoterapia e 5 dias de tobramicina pela traqueíte. Do ponto de vista do RGE, foi iniciada terapêutica com inibidor da bomba de protões, mas o parecer da otorrinolaringologia após reavaliação foi de que não haveria possibilidade de recuperação, pelo foi traqueostomizado cirurgicamente. Teve alta traqueostomizado e encontra-se em ambulatório a aguardar cirurgia.
DISCUSSÃO: Este caso representa um caso raro de laringomalácia no adulto, com duas causas potenciais: intrínseca por RGE e extrínseca por nódulo tiroideu, o que nunca foi descrito em literatura. A importância do diagnóstico e tratamento do RGE fica assim assinalado num caso com complicação in extremis dessa doença.

PA n.º 2487

Case Report: Atresia Brônquica em doente com infeções respiratórias de repetição

Gonçalo Carneiro(1);Ana Rita Aranha(1);Bernardo Macedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças respiratórias

INTRODUÇÃO
Atresia brônquica é considerada uma anomalia congénita, tipicamente identificada de forma incidental em pacientes assintomáticos.

OBJETIVO
Descrever um caso de atresia brônquica identificada em doente com infeções respiratórias de repetição.

CASO CLÍNICO
Reportamos o caso de uma paciente do sexo feminino, com 39 anos de idade e antecedentes de asma. Após diagnostico de Covid19 em janeiro de 2022, desenvolve sucessivos episódios de tosse e dispneia, por vezes acompanhadas de febre. Um mês depois foi diagnosticada pneumonia da base esquerda, tendo sido tratada em ambulatório com antibioterapia empírica, com resolução dos sintomas. Duas semanas após este episódio tem novo episódio de dispneia, tosse e febre. Recorre ao SU, onde realizou TC torácica, evidenciando-se processo inflamatório ativo da base pulmonar esquerda. Focou internada sob antibioterapia de largo espectro, obtendo-se boa evolução clínica. Teve alta orientada para consulta de Medicina Interna, onde em reavaliação por TC torácica se identificou, no lobo inferior esquerdo, estrutura digitiforme a irradiar do hilo, com muco, não comunicante com a restante árvore brônquica e com enfisema do parênquima subjacente, sugerindo atresia brônquica. O caso foi discutido com a Pneumologia, considerando-se não haver de momento indicação para tratamento cirúrgico.

DISCUSSÃO
Apesar de em teoria a região brônquica distal à atresia ser estéril (pela ausência de ligação à restante árvore brônquica), estão descritos casos de infeções de repetição. Neste caso, a localização do foco pneumónico numa região anatomicamente anómala parece indicar que existiu relação entre ambos. Isto realça a importância de, após se excluírem causas frequentes, pensarmos em causas mais raras que possam explicar a ocorrência destes quadros. Em adição, a identificação desta anomalia ter sido possível apenas após a resolução do processo infecioso destaca a importância da reavaliação imagiológica em *timming* adequado.

PA n.º 2492
Síndrome Pós-Covid em atleta
Joana Basílio Leite(1);Inês Baptista Freitas(2);Adelina Pereira(1)
(1) ULSMatosinhos (2) IPO Porto

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A condição pós-covid é uma entidade recente, ainda em estudo e crescimento, definida por um conjunto de sintomas heterogéneos que podem surgir, persistir ou recorrer após infeção aguda pelo SARS-CoV-2, não sendo ainda claro se é uma síndrome clínica especifica associada à COVID-19 ou se corresponde a uma resposta inespecífica encontrada noutras doenças infeciosas. (1)
Caso clínico: Doente do sexo masculino de 30 anos, desportista profissional, teve infeção SARS-CoV-2 com sintomatologia ligeira (odinofagia, anosmia, cefaleias de tensão, fadiga, mas capaz de fazer exercício físico) em outubro de 2020, e recuperação em 10 dias. Inicia em janeiro de 2021 quadro variado de sintomas que se prolonga até à data e incapacita para a vida prévia com 1º episódio de síncope. Avaliação e estudo exaustivo por Cardiologia, realização de múltiplos exames, "normais". 2º episódio, 6 meses depois, com duvidosa PCR, sendo identificado flutter auricular. Realizou ablação.
Passados 9 meses, é enviado a consulta de Medicina Interna por manter queixas de tonturas e lipotímias, sem fatores desencadeantes, a condicionar as atividades de vida diária e após observação em múltiplas consultas em diferentes instituições de saúde, onde foram excluídas causa estrutural cardíaca, causas neurológicas, ou outras que indiciassem a etiologia desta clínica arrastada.
Depois de analisar todo o processo, foi solicitado estudo TILT, e equacionadas as hipóteses de Síndrome de fadiga crónica/ síndrome de taquicardia ortostática postural.
Discussão: A síndrome pós-covid, sendo diagnóstico de exclusão, torna-se um desafio diagnóstico cada vez mais importante na atualidade, nomeadamente pela limitação da vida diária que condiciona inclusivamente em doentes com sintomatologia ligeira na infeção aguda por SARS-CoV-2.
(1) Condição pós-COVID-19, Norma DGS, 002/2022 17/03/2022

PA n.º 2499

Síndrome Pulmão-Rim com anticorpos negativos: um caso raro.

Mafalda Sousa(1);Marta Cerol(1);Maria Inês Santos(1);Margarida Pereira(1);Cátia Correia(1);Marisa Brochado(1);Paula Cerqueira(1);Patrícia Macedo Simões(1);Nuno Cotrim(1)
(1) HDSantarém

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

INTRODUÇÃO: A Síndrome Pulmão-Rim (SPR) é definida pela combinação de hemorragia alveolar difusa e glomerulonefrite rapidamente progressiva. Esta entidade inclui diversas patologias mediadas por três processos imunopatológicos: anticorpos (tipo 1), relacionado com os anticorpos anti-membrana basal glomerular; imunocomplexos (tipo 2), relacionado com o Lúpus Eritematoso Sistémico; ou pauci-imune (tipo 3), associado a vasculites ANCA+ principalmente poliangeíte microscópica e granulomatose com poliangeíte.
CASO CLÍNICO: Mulher, 64 anos, com antecedentes de Artrite Reumatoide com queratite perfurante sob imunossupressores, asma e hipertensão arterial. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de petéquias dispersas nos membros inferiores e abdómen com dez dias de evolução e hemoptises. Ao exame objetivo apresentava sinais vitais normais e lesões purpúricas sobretudo nos membros inferiores, mas também no abdómen. Analiticamente com pancitopenia, VS 123mm/s, creatinina 1,8mg/dL (basal de 0,7mg/dL) e ureia 72,2mg/dL. Realizou TAC tórax onde se observou hemorragia alveolar. Iniciou metilprednisolona e ciclofosfamida. Do restante estudo destaca-se proteinúria, sendo que todo o estudo autoimune dirigido às etiologias supracitadas foi negativo. Durante o internamento, a doente desenvolveu agravamento progressivo da função renal e foi transferida para a Nefrologia onde realizou plasmaferese. Apesar das medidas terapêuticas instituídas, a doente acabou por falecer antes de realizar biopsia renal.
DISCUSSÃO: O diagnóstico é realizado pela identificação de padrões clínicos, imagiológicos, analíticos e histológicos. As serologias são muito importantes no diagnóstico, no entanto, existem casos na literatura onde não se obtêm serologias positivas. Nestes casos, a biopsia renal é determinante. No caso que aqui apresentamos não foi possível chegar ao diagnóstico final dado que a doente faleceu ainda durante a investigação e os resultados das serologias foram todos negativos.

PA n.º 2504

Pneumopericárdio assintomático num doente com carcinoma espinocelular do esófago

Tiago Castro Pinto(1);Sandra Oliveira Mendes(1);Nuno Moreno(1)
(1) ULSM

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O pneumopericardio é uma complicação com possíveis consequências trágicas no carcinoma espinocelular do esófago(CEE). Apresentamos um caso com trajectória diferente.
Caso Clinico: Reportamos um caso de um doente de 62 anos com CEE em estádio IV, portador de 2 próteses esofágicas (proximal e distal), que se apresentou em ambulatório com pneumopericárdio espontâneo sem compromisso hemodinâmico. O ecocardiograma transtorácico (EcoTT) de rotina que o identifica, mostra os sinais de "swirling bubbles" e do "air gap". Realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica que corroborou os achados do EcoTT, equacionando a provável existência de uma fístula esofagopericárdica. Foi admitido para vigilância e abordagem do quadro.
Após discussão multidisciplinar, dada a estabilidade clinica, foi decidida a intervenção pela gastroenterologia com colocação de uma 3ª prótese (topo a topo entre as duas próteses prévias), sem intercorrências. Durante o procedimento, foi realizada a pesquisa de fístulas esofagopericárdicas, não se conseguindo excluir uma comunicação de baixo débito. Documentou-se resolução do pneumopericárdio após a colocação da 3ª prótese. Não apresentou outras intercorrências durante o internamento, teve alta assintomático e mantém seguimento em ambulatório.
Conclusão: O pneumopericardio é habitualmente identificado como sinal de deterioração clinica na história de progressão natural do CEE, podendo ser rapidamente identificado com o característico sinal do "airgap" no EcoTT. Apresentamos um caso com uma evolução mais favorável após discussão multidisciplinar e intervenção dirigida.

PA n.º 2505

Amiloidose cardíaca numa consulta de Medicina Interna.

Marta Batoca Sousa(1);Rita Vilar da Mota(1);Carolina Carvalho(1);Ana Nascimento(1)
(1) MEDICINA - CHLM - HOSPITAL DE SANTA LUZIA - VIANA DO CASTELO

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: A amiloidose cardíaca é uma cardiomiopatia restritiva resultante da deposição extracelular de fibrilhas insolúveis de proteínas no miocárdio. Mais de 30 proteínas podem formar fibrilhas de amiloide in vivo, sendo a classificação baseada na proteína percursora. A amiloidose cardíaca é causada sobretudo por deposição de cadeias leves de imunoglobulinas monoclonais (ALs) ou de transtirretina (TTR). A amiloidose por TTR (ATTR) pode ser hereditária ou resultante de deposição de proteína TTR wild-type, também conhecida por amiloidose cardíaca senil. O diagnóstico de amiloidose cardíaca é difícil e muitas vezes tardio, mas a presença de clínica de insuficiência cardíaca, com hipertrofia ventricular esquerda (HVE) na ecocardiografia, e sobretudo na ausência de hipertensão, deve levantar a suspeita clínica e promover a procura de outros sinais de alerta, bem como a realização de estudo complementar direcionado.
OBJETIVO: Caracterizar a população de doentes com amiloidose cardíaca seguidos numa consulta de Medicina Interna.
MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospetivo, com revisão de processo clínico eletrónico de doentes seguidos numa consulta de medicina interna, com suspeita de doença infiltrativa cardíaca amiloidótica. Registo e tratamento de dados demográficos, clínicos e paraclínicos em Excel.
RESULTADOS: Amostra constituída por 7 doentes (3 homens, 4 mulheres), com idades entre 76 e 88 anos (média de 83 anos). Funcionalmente, 4 em classe II da New York Heart Association, 3 em classe III. Eletrocardiograficamente foi objetivada fibrilação auricular em todos, com achados adicionais de má progressão da onda R de V1 a V3, atraso da condução intraventricular, bloqueio auriculoventricular do 1ºgrau e bloqueio de ramo esquerdo. Todos os doentes apresentavam HVE de grau moderado a grave, 3 com predomínio septal, os restantes com hipertrofia concêntrica. De ponto de vista ecocardiográfico a destacar ainda, em 2 casos, a presença de miocárdio de aspeto mosqueado; e uma fração de ejeção média de 54% [41 a 63%]. Foi realizada ressonância cardíaca em 5 dos casos, mostrando achados compatíveis com amiloidose cardíaca. À data da revisão, realizada cintigrafia miocárdica com Tc99m-DPD em 4 dos doentes, com achados sugestivos de amiloidose por deposição de transtirretina, sendo o estudo genético negativo em todos eles, tal como a pesquisa de cadeias leves monoclonais e a pesquisa de depósitos de substância amiloide a nível da gordura abdominal. O tempo médio de seguimento em consulta é 2.8 anos [1 mês a 5 anos], registando-se 1 óbito até à data.
CONCLUSÕES: A ATTR é uma entidade clínica de prevalência crescente, sendo o diagnóstico um desafio. Na população em estudo, perante os dados colhidos, pode afirmar-se que 4 doentes apresentam diagnóstico definitivo de amiloidose cardíaca ATTR wild-type, 1 diagnóstico provável de amiloidose cardíaca ATTR wild-type e 2 com diagnóstico possível de amiloidose cardíaca (não especificada).

PA n.º 2510

Hipertensão mascarada – particularidades de um subgrupo de doentes de consulta

Adriana Oliveira(1);Sofia Romão(1);Telma Pais(1);Tiago Sepúlveda Santos(1);Carlos Santos Moreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A Hipertensão Arterial (HTA) é definida por valores de pressão arterial sistólica (PAS) superiores a 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) superior a 90mmHg. O subgrupo de Hipertensão Mascarada (HM) apresenta valores normais de pressão arterial (PA) em consulta, e HTA quando avaliado fora do ambiente de consulta, com valores superiores a 135/85mmHg, medidos através de Monitorização Ambulatória da PA (MAPA) ou avaliação da PA no domicílio. Os doentes com HM apresentam maior risco de evoluir para HTA mantida e maior risco cardiovascular.
Objetivo: Avaliar e comparar as lesões de órgão mediadas pela HTA num grupo de doentes com HM (versus um grupo de doentes controlo).
Material e Métodos: Foi feito um estudo retrospectivo com 191 doentes seguidos em consulta de Hipertensão Arterial. Foram selecionados e divididos em dois grupos com base em registos de MAPA: um grupo sem HTA (n=95) e um grupo de doentes com HM (n=96). Os dados foram analisados utilizando o software SPSS.
Resultados: O grupo de doentes com HM evidenciou, ainda que sem significado estatístico, uma maior rigidez arterial quando avaliada através da interface média íntima carótida e da velocidade de onda de pulso, existindo uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a velocidade de onda de pulso e a PAS do grupo com HM. Estes achados são compatíveis com maior risco cardiovascular nos doentes com HM. Com base em registos MAPA, foi ainda possível concluir que todos os doentes com HM tinham um padrão dipper / dipper extremo noturno, não parecendo neste sentido favorecer aumento do risco cardiovascular deste grupo.
Salienta-se ainda que o valor de PAD obtido em avaliação em consulta no grupo de HM permite classificar este grupo dentro de "pré-hipertensão", o que apoia a existência de um risco acrescido destes doentes para o desenvolvimento de HTA permanente.
Entre os dois grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, índice de massa corporal (IMC), valor de colesterol HDL, hemoglobina glicada e ácido úrico. No entanto, apesar de não apresentarem valores compatíveis com diagnóstico de hipercolesterolemia, foi identificado nos doentes com HM valores de colesterol total e colesterol LDL mais elevados, congruentes com a hipótese de um risco cardiovascular mais elevado. Apresentaram também valores médios de creatinina superiores, ainda que sem diferença estatisticamente significativa, podendo possivelmente traduzir uma lesão de órgão-alvo associada à HTA incipiente.
Conclusões: Os doentes com HM apresentam maior risco cardiovascular face aos doentes do grupo controlo. É fundamental promover a identificação precoce destes doentes, sugerindo-se a utilização de ferramentas como o MAPA de forma mais ampla para permitir seguimento e intervenção terapêutica atempada.

PA n.º 2513

Aggregatibacter Aphrophilus, uma causa rara de meningoencefalite

Mariana Marques(1);Alexandra Pousinha(1);Mariana Alberty Guerra(1);Bárbara Silva(1);Matilde Couto(1);João Seabra Barreira(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFXira

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A meningoencefalite é um processo inflamatório que envolve o tecido cerebral e as meninges. Pode ter várias etiologias, nomeadamente causas bacterianas, víricas, fúngicas, auto-imunes ou farmacológicas. A causa mais comum de meningite bacteriana é a infeção por Streptococcus Pneumoniae, no entanto, de acordo com o contexto clínico/epidemiológico do paciente, outros agentes deverão ser excluídos.
Caso clínico: Homem, 55 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação, foi admitido no serviço de urgência (SU) por alteração súbita do estado de consciência e hemiparésia esquerda. Na semana prévia à admissão efetuou extração dentária. Ao exame objetivo destaca-se parésia facial central esquerda, hemiparésia esquerda grau 4+, rigidez da nuca, temperatura auricular de 39.4ºC e presença de abcesso no 1º molar inferior esquerdo. Analiticamente destaca-se leucocitose com neutrofilia (90%) e proteína C reativa de 22.9 mg/dl. Realizou TAC cerebral com descrição de lesão ocupante de espaço talâmica direita e ressonância cerebral (RMN CE) com evidência de lesão expansiva talâmica direita compatível com abcesso e ainda presença de componente purulento no espaço subaracnoideu ocupando as cisternas, traduzindo meningoencefalite. Foi submetido a drenagem do abcesso e efetuada colheita de produtos microbiológicos. Isolada Aggregatibacter Aphrophilus no bacteriológico de pús e hemoculturas. Realizou ecocardiograma transesofágico que excluiu endocardite. Instituída antibioterapia com ceftriaxone e metronidazol, que cumpriu durante 42 dias verificando-se regressão dos parâmetros inflamatórios e défices neurológicos. Na RMN CE de reavaliação destaca-se reabsorção das coleções extra-axiais e talâmicas direitas.
Discussão: A Aggregatibacter Aphrophilus é um cocobacilo gram negativo que pode ser encontrado na orofaringe humana e geralmente não causa infeção. A infeção mais frequente por este agente é a endocardite infeciosa, mas em casos raros, pode ser causa de abcesso cerebral se existir disseminação hematogénica. A Aggregatibacter Aphrophilus pode assim ser uma causa rara de meningoencefalite. Dada a elevada mortalidade desta entidade, torna-se imperativo o diagnóstico atempado. Apesar de se tratar de um agente infrequente, deve ser ponderado perante o contexto clínico.

PA n.º 2524

Referenciação aos cuidados paliativos numa enfermaria de Medicina Interna

Mafalda Leal(1);Íris Simões Galvão(1);Diogo Ferreira da Silva(1);Beatriz Sampaio(1);Rita Cunha(1);João Silva(1);Felisbela Gomes(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos (CP) têm o objetivo de prestar cuidados a doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, por forma a promover o seu bem estar e melhoria da qualidade de vida, sendo tão mais eficazes quanto mais precocemente aplicados. Contudo, dados recentes da OMS indicam que apenas 14% destes doentes recebem efetivamente estes cuidados, sendo a identificação tardia um dos principais factores. Atualmente existem 3 parâmetros chave que ajudam a prever que o doente se encontra em fim de vida: (1) Questão surpresa - "Ficaria surpreendido se o doente morresse nos próximos 12 meses?"; (2) Indicadores globais de deterioração - indicam provável aumento das necessidades de cuidados de saúde; (3) Indicadores clínicos específicos. Torna-se então importante identificar quais os doentes que cumprem estes critérios, identificando-os precocemente para que possam ter acesso atempado a estes cuidados.

Objetivo: Identificação dos doentes com critérios de referenciação a CP internados numa enfermaria de Medicina Interna.

Material e métodos: Estudo retrospetivo dos doentes internados nos meses de Março a Maio de 2022 numa enfermaria de Medicina Interna, no que concerne à presença de critérios de referenciação a CP , com base no The GSF Prognostic Indicator Guidance. Foram incluídos 247 doentes e os parâmetros analisados foram os seguintes: Género; idade; ECOG Performance Status (0-5); a existência de doença neoplásica metastática ou localmente avançada; presença de indicadores clínicos específicos de doença terminal para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Renal Crónica (DRC), insuficiência hepática, doenças neurológicas, demência, acidente vascular cerebral (AVC) e declínio gradual/senescência. Analisou-se também a proporção de doentes que tinham sido previamente referenciados a CP. A análise estatística foi realizada com recurso ao Microsoft Excel®.

Resultados: Dos 247 doentes incluídos, 89 apresentavam critérios de referenciação a CP à admissão no internamento (36%). Neste grupo, a mediana de idades foi de 80 anos e verificou-se uma predominância do género masculino (53%). Dos doentes com critérios de referenciação (n=89), 9 haviam sido previamente referenciados (10,1%) e 12 foram referenciados durante o internamento (15%). Dos parâmetros analisados, houve maior prevalência de ECOG 1 na totalidade da população de estudo, e de ECOG 4 no grupo com critérios de referenciação. Os critérios de referenciação presentes na população, por ordem de prevalência, foram os seguintes: Doença metastática ou localmente avançada (36%), critérios de demência terminal (21%), declínio gradual/senescência (20%), IC (9%), DPOC (8%) e DRC (6%). Dos doentes referenciados, a totalidade cumpria o critério de doença metastática ou localmente

avançada. Por último, dos doentes com critérios de referenciação ,cerca de 20% faleceram durante o internamento.
Conclusão: Com este estudo concluímos que apenas uma pequena percentagem dos doentes que cumprem critérios de referenciação a CP é efetivamente referenciada. A grande maioria dos doentes referenciados pertence ao grupo das doenças oncológicas, sendo este um dos pontos a melhorar nos cuidados prestados a esta população

PA n.º 2532

Insuficiência supra-renal crónica – a propósito de um caso clínico

Pedro Pinto(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Patrícia Araujo(1);Emília Guerreiro(1);Carmélia Rodrigues(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A insuficiência supra-renal, doença endócrina rara, é caracterizada pela redução da síntese de hormonas supra-renais, com uma clínica muitas vezes subtil e insidiosa. Os sintomas refletem a etiologia e o tempo de evolução, podendo ser crónica apresentando-se com astenia, anorexia, dor abdominal, náuseas ou vómitos; ou de forma aguda sob a forma de crise supra-renal com choque, agitação, confusão e morte.
Caso clínico
Masculino de 18 anos, antecedentes de esofagectomia e gastrectomia subtotal secundário a ingestão de cáustico aos 2 anos de idade. Sem medicação habitual.
Desde o último mês com dor abdominal e vómitos aquosos em 3 episódios que motivaram recorrências ao Serviço de Urgência (SU). Já na primeira vez apresentava hipotensão arterial (TA 80/60 mmHg), hipoglicemias (60 e 70 mg/dl), hiponatrémia (121-130 mmol/L) e hipercalémia (5,9 mmol/L). TC AP sem alterações, tendo tido alta após correção dos distúrbios hidroelectrolíticos. Regressa ao SU por manter dor abdominal com prostração e tonturas. TA 83/56 mmHg, hiponatrémia (118 mmol/L), hipercalémia (5.9 mmol/L) e hipocalcémia (8.2 mg/dL). Identificada hiperpigmentação cutânea nas articulações das mãos, peri-bucal e em pontilhado na língua, de que se confirmou 5 anos de evolução. Cortisol vespertino e em jejum indoseável (<1 ug/dL) e ACTH aumentada (73,56 pg/mL). Diagnosticada insuficiência supra-renal primária. Internado sob dexametasona e fluidoterapia endovenosa e posteriormente hidrocortisona parentérica. Resolução dos sintomas tendo tido alta ao 5º dia sob hidrocortisona oral. Reavaliado em consulta externa nos 2 meses seguintes, apresentando-se assintomático.
Discussão
Os autores consideram este caso clínico relevante dada a sua apresentação indolente. Neste doente, os antecedentes digestivos graves, terão sido confundidores das manifestações clinicas da crise aguda de uma insuficiência suprarrenal crónica desconhecida. Salienta-se a importância de um elevado índice de suspeição para a sua identificação. De realçar a educação para a saúde na vigilância e controlo dos sintomas, bem como a necessidade de aumento de dose de corticoterapia em situações de stress.

PA n.º 2533

Alterações da consciência e défices motores oscilantes – que diagnóstico?

Maxim Suleac(1);Barbara Silva(2);Manuel Barbosa(3);Janine de Resende(3);Henrique Costa(3);João Valente(3)
(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre (2) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (3) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 57 anos, motorista de longo curso, com antecedentes de hipertensão arterial e síndrome de apneia obstrutiva do sono; infeção dentária sob antibioterapia com amoxicillina/ácido clavulanico há cerca de 48h antes da admissão. Medicação habitual: escitalopram e ácido fólico. Sem história epidemiologica relevante. História de episódios confusionais e de amnésias com evolução de 3 dias. Admitido por síncope; ao exame objetivo apresentava-se subfebril com hemianopsia esquerda, assomatognosia, anosognosia, hemiparesia esquerda de predomínio braquial e rigidez da nuca. A angio-tomografia cranêo-encefálica não revelou alterações. Realizada punção lombar: liquor com pleocitose no limite e com proteinorraquia. Iniciou tratamento empírico com ceftriaxone, ampicilina e aciclovir; microbiologia, micobacteriologia e pesquisa de virus negativos. Manteve flutuação do estado de consciência e dos défices pelo que se associou levetiracetam. Realizado: electroencefalograma - disfunção grave hemisférica direita, sem atividade epileptiforme; ressonância magnética cranêo-encefalica com perfusão – captação leptomeningea na região fronto-parietal direita. Colocada hipótese diagnóstica de encefalite autoimune; iniciou pulsos de metilprednisolona associada a imunoglobulinas, sem resposta clínica. Foram realizados anticorpos antineuronio que são negativos. Mantem quadro neurológico; pelo que está a ser discutida necessidade de avaliação por sistema de neuronavegação.
Este caso demonstra que a mesma apresentação clínica pode ser partilhada por várias patologias e que por vezes isto pode tornar-se um desafio diagnóstico.

PA n.º 2549

Idade e gravidade de infeção por SARS-CoV2 em duas populações temporalmente distintas

Soraia Mendes(1);Edgar Amaro(1);Marta Baião(1);Rita Relvas(1);Ana Paula Antunes(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Responsável por milhões de hospitalizações e óbitos em todo o mundo, a infeção por SARS-CoV2, também designada de COVID-19, afeta indivíduos de qualquer faixa etária. Clinicamente, pode não apresentar manifestações (infeção assintomática) ou manifestar-se de forma ligeira, moderada ou grave, com potencial evolução fatal.
Objetivo: Comparar a idade e a gravidade de infeção por SARS-CoV2 de doentes internados em 2020 e 2022.
Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospetivo em que, após consulta de processos clínicos, foram identificados doentes com o diagnóstico de infeção por SARS-CoV2 durante os anos de 2020 e 2022. Procedeu-se à realização de uma análise descritiva da idade e da gravidade de infeção por SARS-CoV2, relacionando-se as mesmas, com comparação das duas populações.
Resultados: Constituída por 167 doentes com idades compreendidas entre os 26 e os 100 anos, a população de 2020 apresenta uma média de 69.02±17.74 anos. Como a média indica, a maioria dos doentes desta população são idosos (68.87% com idade igual ou superior a 60 anos), dos quais 53.9% apresentam idade igual ou superior a 80 anos. Relativamente à gravidade da infeção, verifica-se uma predominância da infeção grave, à qual se associa uma incidência de 56.29%. A infeção moderada apresenta uma incidência consideravelmente inferior, representado 13.17% das infeções. Relacionando a idade e a gravidade de infeção por SARS-CoV2, constata-se que há medida que a idade aumenta verifica-se também um aumento da incidência da infeção grave, com 67.02% destas a ocorrerem em indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos. No entanto, o mesmo não se verifica com a infeção moderada, que apresenta maior representatividade em indivíduos < 60 anos.
A população de 2022, constituída por 191 doentes com idade compreendida entre os 19 e 101 anos, apresenta uma média de 72.60±16.42 anos. De forma semelhante à população de 2020, a maioria dos doentes são idosos (59.17%). Apesar da infeção grave ser a mais frequente (39.79%), a infeção moderada é considerada a menos frequente (10.99%). À semelhança do descrito previamente relativamente à população de 2020, a infeção grave apresentou maior incidência em idosos. No entanto, não se verificou um aumento desta incidência com o aumento da idade, dado que 48.68% dos doentes apresentava 60-79 anos e 36.85% com idade igual ou superior a 80 anos.
Conclusões: A predominância de indivíduos idosos é observada em ambas as populações, no entanto, a população internada em 2022 é tendencialmente mais velha. Quanto à gravidade da infeção por SARS-CoV2, independentemente da população analisada, a infeção grave é a mais frequente. No entanto, verifica-se uma diminuição da incidência desta entre 2020 e 2022. Consequentemente, verifica-se um aumento da infeção assintomática e ligeira. Na população de 2020 foi possível constatar uma relação positiva entre a idade e a gravidade de infeção, nomeadamente, grave. No entanto, a mesma relação não foi possível analisando a população de 2022. O mesmo pode relacionar-se com o estado vacinal dos indivíduos ou o número de indivíduos incluídos em faixas etárias mais velhas.

PA n.º 2563
Síndroma de May Thurner
Mariana Belo Nobre(1);Miguel Carrilho(1);Bárbara Queiroz(1);Teresa Gouveia(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

A Síndroma de May Thurner é causada pela compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita, mais comum no sexo feminino entre a segunda e quarta década. Manifesta-se frequentemente com edema persistente do membro inferior esquerdo e aumento do risco de trombose venosa profunda (TVP).

Os autores apresentam o caso de uma doente de 36 anos, com antecedentes de TVP do membro inferior esquerdo em 2008, tendo nessa altura realizado estudo etiológico que foi inconclusivo, pelo que foi suspensa a hipocoagulação. Foi admitida por edema do membro inferior esquerdo de instalação gradual associado a dor e eritema na região gemelar e inguinal. O ecodoppler documentou trombose iliofemoropopliteia oclusiva esquerda, pelo que foi retomada hipocoagulação e extendida a investigação etiológica. Foi excluída trombofilia adquirida nomeadamente síndroma de anticorpos antifosfolípidos, identificando-se apenas mutação do Factor V de Leiden em heterozigotia. Adicionalmente, foi realizada Angio-TC que documentou assimetria das veias ilíacas comuns com marcada diminuição da ilíaca esquerda e compressão entre a artéria ilíaca comum direita e a coluna lombar, evidenciando-se oclusão crónica da veia femoral, que se encontrava atrófica com varizes pélvicas. Atendendo à presença de Síndroma de May Thurner, a doente foi submetida a colocação de stent na ilíaca esquerda sem evidência de novos episódios de TVP desde então.

A Síndroma de May Thurner é uma doença progressiva com complicações e morbilidade a longo prazo, sendo essencial a sua identificação precoce de forma a evitar tromboembolismo venoso ou insuficiência venosa. A abordagem endovascular com colocação de stent tem sido recentemente uma alternativa à reparação cirúrgica convencional, com excelentes resultados a curto prazo.

PA n.º 2573

Miopericardite associada a vacina mRNA Covid-19 - novos desafios de uma nova doença

Sandrine Fernandes(1);Luísa Viveiros(1);Rita Ribeiro Dias(1);Inês Henriques Ferreira(1);Teresa Mendonça(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Outro

Miopericardite e vacina mRNA Covid-19 - novos desafios de uma nova doença
A miopericardite associada às vacinas por mRNA, nomeadamente a Pfizer para a Covid-19, é um dos efeitos adversos identificados. Sendo raro o seu diagnóstico, é crucial um reconhecimento precoce, dada a necessidade de vigilância e tratamento para minimizar sequelas potencialmente graves.
Apresentamos o caso de uma mulher de 46 anos, obesa, sem outras patologias ou medicação. Após toma da primeira dose da vacina Covid-19 Pfizer (26.06.2021), desenvolveu (13.07) dor pré-cordial com alívio parcial com a flexão do tronco, dispneia para pequenos esforços e febre. Do estudo etiológico: ECG com alterações inespecíficas e posterior inversão do segmento ST em todo o precórdio; radiografia e tomografia torácica com derrame pleural e pericárdico de pequeno volume; ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico ligeiro, sem evidência de fisiologia constritiva; elevação de marcadores inflamatórios (leucócitos 11.88x10^3/µL | neutrófilos 8.48x10^3/µL | PCR 287mg/L | VS 111mm); marcadores de necrose miocárdica (MNM) negativos. Análises a excluir infeção vírica ou bacteriana, estudo imunológico negativo. Dada a relação temporal e exclusão de restantes principais etiologias, assumida pericardite secundária a vacina mRNA Covid-19. Iniciada terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e colchicina, com boa evolução clínica e analítica. Devido ao contexto pandémico e tendo obesidade como fator de risco acrescido para doença Covid-19 grave, foi decidido efetuar segunda dose sob vigilância em internamento. Evolução posterior com recrudescência de dor torácica e dispneia; dos parâmetros inflamatórios, sem elevação de MNM, mas depressão ligeira da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de novo em ecocardiograma. Nova resposta favorável a AINE e colchicina, com recuperação total após suspensão terapêutica e normalização sustentada da FEVE aos 6 meses.
A pandemia exigiu uma vacinação rápida respeitando o efeito custo/beneficio. A comunidade científica manteve-se atenta a possíveis efeitos adversos, reportando-os sempre que demonstrados, tal como este caso que evidencia a relação miopericardite-vacina Covid-19 Pfizer.

PA n.º 2576

Doença dos Legionários num hospital distrital

VIKTOR BAIHERYCH(1);Miguel Coelho(1);Ivo Castro(1);João Cardoso(1);Tetiana Baiherych(1);Marisa Brochado(1);Adelaide Figueiredo(1);Cristina Esteves(1)
(1) HOSP DISTRITAL SANTAREM

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
A Legionelose é uma doença infecciosa causada por bactérias do género Legionella, de notificação obrigatória. A Legionelose manifesta-se em duas síndromes clínicas: a febre de Pontiac (síndrome febril autolimitada) e a doença dos legionários(febre com pneumonia).
Objetivos:
Caracterizar a evolução clínica e analítica dos doentes internados com antigénio de Legionella pneumophila positivo na urina.
Material e métodos:
Estudo retrospectivo com base na análise dos processos clínicos de doentes com antígeno de a Legionella pneumophila urina positivo na urina internados num hospital distrital de janeiro de 2021 a maio de 2022. No período do estudo foram realizadas 1266 pesquisas de antigénio de Legionella pneumophila na urina, das quais 14 foram positivas.
Resultados:
Da amostra de 14 doentes verificou-se maior prevalência no sexo masculino 9 doentes (64%) vs sexo feminino 5 (36%). A idade média foi de 71.14 anos (mínimo 44 anos, máximo 88 anos). A duração média do internamento foi de 12.27 dias (mínimo 6 dias, máximo 22 dias). A maioria dos doentes internados integraram-se em grupo de risco: idosos (64%), imunodeprimidos (14%), ex-fumadores (14%). Predominaram doentes os com mais de 3 comorbilidades: HTA em 6 doentes, DM em 5 doentes, dislipidemia em 4 doentes, Doença de Parkinson em 2 doentes, tabagismo 2 doentes, doenças de tiróide em 2 doentes, HIV em 1 doente e 1 doente tinha a Adenocarcinoma do Pulmão. Das manifestações clínicas mais frequentes salientaram-se: a febre (78.6%), a dispneia (50%), a astenia (35%), a tosse (28.6%), a dor torácica (14.3%), a prostração (14.3%) e a diarreia (7.1%). Analiticamente: leucocitose com neutrofilia esteve presente em 71.4% casos, PCR >20 mg/dL em 50% casos; insuficiência respiratória com pO2 <70 mmHg em 64% casos; a hiponatremia verificou-se em 50% dos doentes e 35% dos doentes apresentaram alterações da função renal. A pesquisa de PCR Legionella na expectoração pedida sistematicamente mas por vários motivos só 3 casos foi confirmado. Relativamente ao exame radiológico o Rx tórax apresentava consolidação parenquimatosa em 10 doentes o que foi confirmado por TAC torácica. A maioria dos doentes foi tratada com azitromicina (71.4%). A Levofloxacina foi usada em 4 asos, em 2 casos a antibioterapia foi escalada para Piperacilina + Tazobactam associada. Relativamente à mortalidade apenas 1 doente faleceu.
Conclusões:
A Legionella é um microorganismo raro na etiologia da pneumonia, sendo mais prevalente nas faixas etárias mais altas e com fatores de risco associados. Foi verificado que apesar dos sintomas típicos da pneumonia, a diarreia também esteve presente. Quando analisámos os parâmetros analíticos, verifica-se que a hiponatremia e a lesão renal aguda foram achados muito frequentes.

Em conclusão: em casos de pneumonia com clínica muito exuberante e por vezes associada a diarreia, com aumento significativo dos parâmetros inflamatórios e consolidações extensas no Rx A pesquisa de antigenuria de Legionella deve ser realizada sistematicamente. O diagnóstico precoce bem como o tratamento dirigido instituído de forma célere pode prevenir complicações.

PA n.º 2583

Síndrome de Guillain-Barré como forma de apresentação de infeção HIV

Maria Manuel Pereira(1);Johanna Viana(1);Ana Ramôa(1);Eduardo Macedo(1);Marta Mendes(1);Ana Rita Marques(1);Diana Silva Fernandes(1);Ilídio Brandão(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças raras

Introdução: A terapêutica antirretroviral (TARV) tem reduzido as complicações neurológicas associadas à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma forma de apresentação inicial rara da infeção por VIH.
Caso clínico: Sexo masculino, 61 anos, imigrante em Angola, sem antecedentes de relevo. Iniciou quadro álgico nas ancas e astenia dos membros inferiores, pelo que decidiu regressar a Portugal. Consultou diversas especialidades e realizou estudo analítico, imagiológico e electromiografia que foram inconclusivos. Iniciou um agravamento das queixas álgicas localizadas à região da anca com progressão para as extremidades dos membros inferiores associado a parestesias. Recorreu por fim, a uma consulta de Medicina Interna onde lhe foram pedidas serologias víricas que se revelaram positivas para HIV. Aquando deste resultado, apresentava-se com dificuldade na deambulação e diminuição da força segmentar das extremidades dos membros superiores e membros inferiores, tendo ficado internado.
Na admissão apresentava anestesia nos dedos dos pés bilateralmente e hipostesia vibratória até às cristas ilíacas, assim como, erros proprioceptivos bilateralmente nos dedos dos pés. Realizou punção lombar, que revelou uma dissociação citoproteica e predomínio de linfócitos. Assumiu-se o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Cumpriu 5 dias de imunoglobulina endovenosa (30g/dia) com melhoria franca dos sinais e sintomas. Foi confirmada a infecção pelo HIV, e, posteriormente, iniciou a TARV.
Discussão: A associação entre o HIV e SGB, é rara. Ocorre mais frequentemente na fase inicial da infeção ou na seroconversão. Os autores pretendem realçar o aspeto integrador da consulta de Medicina Interna neste diagnóstico, que apresenta um tratamento específico, sendo a sua rápida identificação fulcral para o prognóstico do doente. Além disso, pretendem alertar os clínicos para a associação entre estas duas patologias.

PA n.º 2584

Disautonomia por hipotensão ortostática, mais uma manifestação da infeção por SARS-CoV-2

Rita Gonçalves Correia(1);Inês Nabais(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Nuno Melo(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
Apesar de mais conhecida pelas suas complicações respiratórias, a infeção por SARS-CoV-2 pode ter manifestações em vários órgãos e sistemas, com agravamento da morbimortalidade associada à doença.
Discussão:
Homem, de 42 anos, com antecedentes de hipertensão arterial não tratada, internado por pneumonia bilateral a SARS-CoV-2 extensa com necessidade de ventilação mecânica invasiva.
Após saída da unidade de cuidados intensivos, apresentava perfil tensional normal, sem necessidade de instituição de anti-hipertensores. Iniciou programa de reabilitação motora, verificando-se na primeira tentativa de ortostatismo episódio de síncope. Nas tentativas subsequentes, foi objetivada queda de pressão arterial diastólica ≥10 mmHg, seguida de perda de consciência associada a mioclonias dos membros superiores, desvio ocular à esquerda e vómito.
Realizou ECG, ecocardiograma e angioTC crânio-encefálica (CE) sem alterações. A RMN CE revelou meningioma frontal direito e o EEG atividade epileptiforme direita compatível com lesão orgânica. Após a instituição de antiepiléticos verificou-se cessação do foco epileptogénico em EEG de reavaliação.
Ainda assim, manteve episódios de lipotimia em ortostatismo, com repercussão hemodinâmica, compatível com hipotensão ortostática. O estudo hormonal, autoimune, infecioso e o eletromiograma não revelaram alterações. Após introdução de fludrocortisona 0.1mg, verificou-se resolução total dos episódios.
Assumiu-se quadro de disautonomia, com hipotensão ortostática, associada a infeção SARS-CoV-2.
Conclusão:
Os autores decidiram apresentar este caso de forma a alertar para as diversas manifestações que podem surgir com a infeção SARS-CoV-2 e para as suas consequências a curto e longo prazo. Dado serem ainda pouco conhecidas e constituírem uma incógnita a longo prazo, é importante documenta-las e estuda-las, de forma a permitir, no futuro, um conhecimento mais alargado desta infeção.

PA n.º 2586

Feocromocitoma – a importância do diagnóstico diferencial de hipertensão arterial

Carolina Anjo(1);Joaquim Milheiro(1);Filipa Rodrigues Dos Reis(1);Caroline Soares(1);Gabriel Atanásio(1);Adelino Carragoso(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu / Hospital de São Teotónio

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução: Feocromocitomas são tumores raros, neuroendócrinos, originários de células cromafins. Podem ser esporádicos ou genéticos. Tipicamente apresentam-se com hipertensão, cefaleia, sudorese e palpitações.
Caso clínico: Homem, 66 anos, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, aquando cirurgia por feridas dos membros inferiores há 10 anos, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial e AVC isquémico, recorre ao SU por náuseas, vómitos e dor retroesternal com 8 horas de evolução. À admissão, encontrava-se lentificado, hipertenso, taquicárdico e hiperglicémico. Durante a permanência no SU foi registada grande labilidade tensional associada a períodos de diaforese. Analiticamente, apresentava hiperlactacidémia e elevação de troponinas em perfil descendente, com alterações inespecíficas da repolarização no ECG. Pediu-se angio TAC torácica para exclusão de tromboembolismo pulmonar tendo-se verificado, nos cortes superiores do abdómen, uma massa de aparente origem suprarrenal esquerda, sólida, homogénea, com 10 cm de maior diâmetro e sem densidades cálcicas ou claras zonas de necrose. Foi internado para estudo e, pela elevada probabilidade de se tratar de um feocromocitoma, iniciou alfa bloqueio e posteriormente beta bloqueio, tendo-se verificado estabilização dos valores tensionais e da frequência cardíaca. Do estudo analítico destacam-se: metanefrinas urinárias = 36033mcg/24h, normetanefrina = 29657 mcg/24h, metanefrina = 2223 mcg/24h, 3-metoxitiramina = 4153, confirmando-se o diagnóstico de feocromocitoma. O caso foi discutido com a equipa de cirurgia endocrinológica, que concordou com a indicação cirúrgica prioritária.
Discussão: O diagnóstico de causas de hipertensão secundárias é de extrema importância pois estas podem ser tratadas com intervenção dirigida. Apesar de extremamente raro o feocromocitoma deve ser excluído já que o seu diagnóstico precoce diminui a mortalidade e complicações relacionadas com a hipertensão arterial.

PA n.º 2592

Um caso complex(o)

João Nuno Patrício(1);André Alçada Fernandes(1);Catarina Santos(1);Marta Teodoro(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 69 anos, natural do Paquista~o, em Portugal há 8 meses. História de asma medicada, litíase vesicular e tabagismo não ativo.
Recorreu ao Serviço de Urgência por episódios de alteração do estado de consciência e perda de força muscular com quedas de repetição com 6 semanas de evolução. Referia ainda anorexia e perda ponderal na~o quantificada, febre vespertina e cansac¸o de agravamento progressivo.
À admissão emagrecido, mucosas descoradas e desidratadas, abdo´men distendido, doloroso a` palpac¸a~o do hipoco^ndrio direito e hepatomega´lia. Analiticamente com pancitope´nia com medula hipoproliferativa, VS 104mm/h, hiponatre´mia, cito´lise, hiperbilirrubine´mia direta e proteína C reativa de 19 mg/dL. TC toraco-abdo´mico-pe´lvica (TAP) com adenomega´lia paratraqueal, hepatomega´lia, espessamento parietal do piloro com densificac¸a~o dos planos envolventes e da gordura, epi´plon nodular, li´quido livre e algumas adenomega´lias. Intra-abdominais.
Admitida neutrope´nia febril de etiologia a esclarecer. Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Agravamento clinico ao quarto dia de terapêutica, com hemoculturas estéreis, escalada antibioterapia para meropenem e vancomicina. Mielograma compatível com status po´s-infec¸a~o viral. A imunofenotipagem do sangue medular excluiu monoclonalidade e a mielocultura foi negativa.
Por deterioração clínica repetida TC-TAP com agravamento dos achados prévios. Realizada paracentese diagno´stica a revelar ADA 124,5 U/L (3xN), 1170 células/uL com 98% células mononucleadas. Biópsia peritoneal não realizada, dado risco cirúrgico. Decidido iniciar terapêutica antituberculosa de primeira linha, admitindo-se quadro de tuberculose peritoneal, com necessidade de suspensão da terapêutica após 11 dias por hepatite tóxica. O doente acabou por ter alta contra parecer médico ao 33º dia de internamento. O diagnóstico foi confirmado pelo crescimento de Mycobacterium tuberculosis complex ao 16º dia de incubação.
Este caso destaca não só a dificuldade diagnóstica inerente à tuberculose, com necessidade de elevado nível de suspeição, bem como as complicações associadas à terapêutica dirigida.

PA n.º 2601

BAV completo – exploração de um efeito de intoxicação por lítio

Mafalda Neves(1);Beatriz Ribeiro(1);Catarina Forra(1);Rui Parente(1);Rui Isidoro(1);Paulo Costa(1);Pedro Leite Vieira(1);Paula Paiva(1);Alexandre Louro(1);João Gabriel(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Introdução
O carbonato de lítio é um fármaco amplamente utilizado no tratamento de perturbação afetiva bipolar (PAB). Por apresentar estreito intervalo terapêutico, carece de titulação progressiva, monitorização constante e vigilância de eventuais sintomas de toxicidade, que ocorre habitualmente a partir de níveis superiores a 1.5mEq/L e cursa com disfunção gastrointestinal, neuromuscular, cardíaca e renal. Este caso clínico alerta o diagnóstico de BAV completo assumido em contexto de intoxicação por lítio.
Caso clínico
Mulher, 69 anos, autónoma, com antecedentes de hipertensão arterial, PAB e hipotiroidismo, medicada com Perindopril 5mg, Carbonato de Lítio 1400mg/dia e Levotiroxina 0.125mg. Observada no Serviço de Urgência por quadro clínico de síncopes de repetição com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, apresentava-se normotensa, bradicárdica - frequência cardíaca (FC) 40bpm, apirética, eupneica e sem alterações ao exame neurológico. Dos exames complementares realizados, a destacar eletrocardiograma com bloqueio aurículo-ventricular (BAV) completo (FC 40bpm); analiticamente, função renal sem alterações, marcadores cardíacos negativos, TSH aumentada (20 mUI/mL), T4 livre normal e doseamento de lítio supra-terapêutico (1.9mEq/L).
Foi internada em Unidade de Cuidados Intermédios para vigilância e monitorização. Solicitado Holter de 24h, que confirmou BAV de 3.º grau com FC média de 38bpm, sem pausas significativas. Apesar de redução de dose de lítio e correção de hipotiroidismo, manteve BAV completo, com FC 30 bpm, pelo que foi decidida implantação de pacemaker definitivo, que decorreu sem intercorrências.

Discussão
A intoxicação por lítio pode ser aguda, sub-aguda ou crónica. As concentrações séricas de lítio podem ser úteis para determinar a gravidade da sobredosagem, mas, muitas vezes não se correlacionam com os sinais clínicos de toxicidade. Este caso incomum descreve um BAV completo associado a intoxicação por lítio, consequência grave e irreversível. A toxicidade cardíaca, embora incomum, apresenta um amplo espetro de gravidade - enquanto a bradicardia tem potencial reversibilidade com ajuste de dose, os defeitos de condução são tendencialmente estruturais e irreversíveis, apesar do ajuste posológico, reforçando a necessidade de monitorização contínua da litemia.

PA n.º 2610

Doença de Von Recklinghausen (Neurofibromatose Tipo I) com tumor estromal gastrointestinal (GIST)

André Macedo Ribeiro(1);Catarina Coelho(1);Ana Maria Carvalho(1);Marta Barrigas(1);Pedro Almeida(1);Rita Magalhães(1);Marta Rodriguez(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças raras

Introdução: A Neurofibromatose Tipo 1 (NF1) é uma doença autossómica dominante, com uma prevalência de 1 por cada 3500 habitantes. NF1 pode afetar a praticamente todos os órgãos e sistemas. Neste caso apresentamos a evolução de um doente acompanhado desde longa data nas consultas por NF1, que foi intervencionado a um macroadenoma hipofisário e a um tumor estromal gastrointestinal (GISTs) do intestino delgado. Caso clínico : Homem de 78 anos de idade, com características que se enquadram nos critérios de NF1, sem antecedentes familiares da doença e com filhos saudáveis. Apresentou varias complicações dentro do diagnóstico da doença, como escoliose, baixa estatura, pterígio, cataratas e hipertensão arterial essencial. O doente foi ainda submetido a ressecção de varias lesões da pele, cirurgia às cataratas e cirurgia ao intestino delgado por GISTs, este tipo de tumores estão relacionados com a NF1. O doente foi ainda submetido a cirurgia por macroadenoma hipofisário, diagnosticado no contexto de perda da visão periférica. Discussão: A neurofibromatose é uma doença pouco frequente, com expressão clínica variável, aproximadamente 50% dos doentes apresentam complicações que requerem acompanhamento apertado e abordagem multidisciplinar.

PA n.º 2614

Sarcoidose Cardíaca: Case Report

João Alves Teixeira(1);Pedro Mesquita(1);Elisabete Brum Sousa(1);Inês Urmal(1);Beatriz Barata(1);Manuel Albuquerque(1);Carlota Lalanda(1);Ana Catarina Pereira(1);Maria Rebelo(1);Jorge Frade(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças raras

Introdução:
A Sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica de etiologia incerta, que resulta na formação de granulomas não caseosos.
O envolvimento cardíaco está presente em cerca de 25% dos casos, mas o diagnóstico é habitualmente difícil.
Os critérios clínicos são geralmente insuficientes em formas limitadas de doença, e o baixo rendimento e alto risco da biópsia endomiocárdica torna este procedimento inviável num grande número de situações.

Caso:
Doente de 54 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo.
Quadro com 6 meses de cansaço fácil, dispneia e edema periférico, com fibrilhação auricular de novo com resposta ventricular rápida, cardiovertida electricamente.
Internado para estudo etiológico, apresentado analiticamente NTproBNP e ECA elevados. Holter com Fibrilhação auricular paroxística, com múltiplos períodos de resposta rápida.
Cardiomiopatia dilatada com fracção de ejeção reduzida em ecocardiograma. Derrame pleural com adenopatias hilares e densificações peribrônquicas em TC-Tórax.
EBUS com linfadenopatia granulomatosa não necrotizante e PET com hipercaptação anómala ganglionar supraclavicular e mediastínica.
Coronariografia excluiu lesões isquémicas e RMN Cardiaca com padrão de realce tardio subendocárdico.

Assumido diagnóstico de Sarcoidose com envolvimento pulmonar e cardíaco, com FA secundária a alterações estruturais. Após discussão multidisciplinar, foi decidida a não realização de biópsia cardíaca por baixa rentabilidade deste procedimento em doente já com processos granulomatosos pulmonares identificados.

Iniciou ciclo de corticoterapia sistémica, com melhoria clínica.
Encontra-se proposto para CDI para prevenção primária, pelo elevado risco arrítmico.
Conclusão:
A sarcoidose cardíaca tem o potencial de gerar distúrbios de condução pela cicatrização granulomatosa, com dilatação miocárdica e risco de morte súbita. Diagnóstico precoce é essencial na prevenção da elevada morbilidade e mortalidade que ocorre na história natural da doença.

PA n.º 2644

A importância do bloqueio de nervo periférico em Cuidados Paliativos

Ana Machado(1);Maria Paula Silva(1);Sílvia Silva(1);Inês Breda(1);Isabel Vilas Boas(1)
(1) IPO Porto

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Actualmente, as técnicas invasivas são introduzidas cada vez mais precocemente na escada analgésica, surgindo como tratamento adjuvante da terapêutica médica. O bloqueio neurolítico está indicado em doentes com cancro avançado cuja dor não seja controlada por tratamento mais conservador ou em doentes que não toleram escalada da dose de opióides, sendo o bloqueio de nervo periférico utilizado em cerca de 8-10% dos casos. Caso clínico: Mulher de 79 anos, com diagnóstico de carcinoma da vulva em 2009, com história de várias recidivas, a última das quais em 2021, altura em que se apresentou com metastização cutânea na região inguinal direita, encontrando-se sob medidas de controlo sintomático exclusivas. Recorre ao Serviço de Urgência por dor intensa nessa região, associada a episódios de dor irruptiva. À admissão, apresentava fácies de dor e, ao exame objectivo, ferida maligna de grandes dimensões na região inguinal, tendo sido internada no Serviço de Cuidados Paliativos. Apesar da optimização da terapêutica médica, apresentava dor não controlada, tendo sido submetida a bloqueio de nervo periférico, através da colocação ecoguiada de catéter no quadrado lombar, com perfusão contínua de ropivacaína. A dor ficou controlada nos dias seguintes. Por apresentar febre e sinais inflamatórios cutâneos ao redor da ponta do catéter, este foi retirado 15 dias depois da sua colocação, mantendo a doente boa evolução do ponto de vista de controlo de dor. Discussão: O bloqueio de nervo periférico é uma técnica minimamente invasiva e promissora no controlo da dor crónica oncológica, sendo que a infusão contínua de anestésico local através de um catéter adjacente ao nervo promove anestesia/analgesia prolongada. No presente caso, a manutenção do controlo da dor após remoção do catéter poderá ser explicada pela lise do nervo utilizada no bloqueio neurolítico, reforçando a sua importância no contexto dos Cuidados Paliativos.

PA n.º 2651
Febre – sintoma ou efeito secundário?
MARIANA BESSA QUELHAS(1);Isabel Monteiro(2);José Rui Ribeiro(2);Ricardo Jorge Sousa(2);Liliana Carneiro(2);Fernanda Estevinho(2)
(1) Hospital Elvas (2) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

Dabrafenib e Trametinib são terapêuticas dirigidas anti-neoplásicas, indicadas no tratamento de neoplasia do pulmão com mutação BRAF V600E. Efeitos adversos muitos frequentes incluem febre, cefaleias e vómitos. A incidência e a gravidade da pirexia estão aumentadas com a terapêutica em associação.

Homem de 50 anos. Antecedentes pessoais de adenocarcinoma do pulmão metastizado, estadio cT4N1M1a – IVA e mutação BRAF V600E conhecida, sob terapêutica com Dabrafenib e Trametinib. Quatro dias depois do início do tratamento, foi avaliado no Serviço de Urgência por quadro de febre (máximo 39.4ºC), cefaleias holocranianas e fotofobia, vómito alimentar e mialgias. Negava outras queixas além de tosse e dispneia no padrão habitual. Ao exame objetivo febril, ligeiramente taquicárdico, sem sinais meníngeos e sem outras alterações. Analiticamente com discreto aumento dos parâmetros inflamatórios: Proteína C Reativa (PCR) 42mg/L e sem leucocitose. Sumária de urina, pesquisa de SARS-CoV-2 e tomografia computorizada (TC) cerebral sem alterações. Colheu rastreio sético (hemoculturas e urocultura). Pelos sintomas optou-se por internamento para vigilância, com suspensão dos fármacos, sem início de antibioterapia. Durante o internamento apresentou picos febris nas primeiras 24h, com apirexia sustentada posteriormente. Solicitada TC toraco-abdomino-pélvica para exclusão de foco infecioso, que não revelou alterações. Após discussão com Oncologia Médica foi decidida reintrodução de Trametinib após 24h de ausência de sintomas. Assumido síndrome febril secundário a terapêutica combinada com Dabrafenib e Trametinib. O doente teve alta assintomático, com plano de reintrodução de Dabrafenib em dose reduzida posteriormente, associado a antipiréticos e prednisolona.

Pretendemos com este caso contribuir para o diagnóstico correto e atempado da síndrome de pirexia e a sua intervenção adequada, evitando assim a descontinuação do tratamento e consequente redução da sobrevida global e livre de progressão de doença nestes doentes. O doente mantém o tratamento desde há 8 meses, sem novos eventos ou intercorrências.

1 – Resumo das características do medicamento – Dabrafenib, EMA, https://www.ema.europa.eu
2 – Resumo das características do medicamento – Trametinib, EMA, https://www.ema.europa.eu

PA n.º 2654

Artrite de Células Gigantes: suspeitar; diagnosticar.

Dinis Sarmento(1);Sofia Carvalho(1);Hugo Pinheiro(1);Teresa Mendes(1);Barbara Silva(1);Ana Filipa Silva(1);Filipa Leal(1);Liliana Torres(1);Diana Anjos(1);Anabela Silva(1);Zelia Lopes(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite granulomatosa crónica com uma incidência de 0,5-27 casos/100000 pessoa e é mais frequente em mulheres após os 50 anos de idade. Atinge vasos de médio e grande calibres, com predileção pelos ramos extracranianos das artérias carótidas, manifestando-se com cefaleia, claudicação mandibular e/ou alterações visuais. As alterações analíticas são inespecíficas (anemia, aumento da velocidade de sedimentação (VS) e da proteína C-reativa (PCR)). O diagnóstico é confirmado por ecodoppler e/ou biópsia dos vasos afetados e o tratamento assenta na corticoterapia.
Mulher de 77 anos com antecedentes de hipertensão arterial e diabetes mellitus não insulino dependente. Recorre ao Serviço de Urgência por amaurose bilateral súbita e auto-limitada. Quando questionada, referiu episódios de claudicação mandibular desde há 2 anos e que não valorizara. Exame objetivo sem alterações, nomeadamente, à palpação das artérias temporais. Do estudo etiológico complementar: hemoglobina 11.3g/dL; 12540 leucócitos, VS 47mm com PCR de 12g/dL. Estudo auto-imune negativo. Tomografia axial computadorizada e ressonância magnética cerebrais sem alterações agudas. Doppler transcraneano e dos vasos do pescoço sem alterações de relevo. Pela clínica e achados analíticos sugestivos de ACG, realizou biopsia de artéria temporal que confirmou o diagnóstico. Instituída corticoterapia 1mg/kg/dia. Foi orientada para consulta externa, mas viria a falecer, no domicilio, vítima de infeção por SARS-Cov 2.
O diagnóstico de ACG pode ser desafiante, pelo que a suspeição clínica com anamnese detalhada é fundamental para o diagnóstico e tratamento atempados.

PA n.º 2655

Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível: uma causa incomum de dissecção da ACS

Joana Freitas Ribeiro(1);Teresa Brito(2);Rui Domingues(3);Bárbara Martins(2);Paulo Castro Chaves(2);Ricardo Reis(2);Pedro Abreu(2)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE (3) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (SVCR) é uma entidade clínico-imagiológica caracterizada por cefaleia, frequentemente explosiva, e vasoconstrição cerebral segmentar focal, com resolução até três meses. Esta ocorre maioritariamente no sexo feminino e a sua fisiopatologia permanece desconhecida.
Caso-clínico: Mulher, 35 anos, com antecedentes de enxaqueca sem aura episódica frequente, obesidade, síndrome depressiva não medicada e infeção recente por SARS-CoV-2. Recorreu ao serviço de urgência por episódio de cefaleia explosiva, occipital bilateral, intensidade 10/10, associada a náuseas, vómitos, vertigem e fonofotofobia. À admissão, prostrada, com nistagmo evocado pelo olhar, hemihipostesia facial esquerda, assimetria facial em desfavor da esquerda, disartria moderada e hemiparesia atáxica direita (NIHSS=8). TC-cerebral e AngioTC sem alterações; não candidata a terapêutica de reperfusão aguda. TC-reavaliação às 24horas com hipodensidade no hemisfério cerebeloso superior direito compatível com lesão isquémica aguda. No internamento manteve-se muito sintomática com cefaleias, náuseas e vómitos. Para estudo etiológico realizou RM com AngioRM cerebral a confirmar lesão isquémica e a revelar disseção da artéria cerebelosa superior (ACS) direita, com múltiplas irregularidades arteriais; Eco-Doppler transcraniano com evidência de estado hiperdinâmico, sugestivo de SVCR. Por irregularidades arteriais realizada punção lombar e estudo analítico alargado, ambos sem alterações. No Eco-Doppler de reavaliação às 48horas com critérios de vasospasmo cerebral (território ACM), tendo iniciado Nimodipina e fluidoterapia. Posteriormente, com melhoria progressiva da sintomatologia, três dias depois com melhoria das velocidades intracerebrais.
Discussão: Poucos estudos documentaram enfartes isolados da ACS e seus mecanismos; uma disseção confinada a esta artéria é rara. Este caso alerta para uma das suas possíveis causas, a SVCR: entidade tipicamente benigna e autolimitada; contudo, com possíveis sequelas neurológicas permanentes e morte. O tratamento é de suporte e direcionado aos sintomas.

PA n.º 2659

Um caso atípico de Síndrome de Miller Fisher

Inês Almeida(1);José Miguel Alves(2);Fábio Gomes(2);Ana Morgadinho(2);Inês Antunes Cunha(2);Joana Andrade(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia imunomediada de grande heterogeneidade clínica que se manifesta classicamente com fraqueza muscular ascendente e progressiva dos membros e reflexos diminuídos ou ausentes, sendo geralmente precedida por uma infeção. A Síndrome de Miller Fisher (SMF) constitui uma das variantes raras e manifesta-se com oftalmoplegia bilateral, diminuição dos reflexos e ataxia. Variantes clínicas, formas incompletas e casos de sobreposição estão descritos na literatura e dificultam o diagnóstico, que permanece clínico.

Caso Clínico: Sexo masculino, 25 anos, previamente saudável, recorre ao serviço de urgência por um quadro rapidamente progressivo de visão dupla, disfagia, disartria, alteração de sensibilidade nos pés e mãos e diminuição da força muscular dos membros. História recente de gastroenterite. O exame neurológico revelou diplopia binocular, paresia do VI par esquerdo, diparesia facial, disartria palatolinguolabial; fraqueza cervical; tetraparesia de predomínio proximodistal e hiporreflexia dos membros superiores. Estudo analítico e TC-CE sem alterações. Líquido cefalorraquidiano amicrobiano, contagem celular <1 cel/mm3, proteinorráquia e glicorráquia normais. Por agravamento clínico foi transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios do hospital central de referência. A RMN-CE não mostrou alteraçoes. Realizou 5 dias de imunoglobulina humana endovenosa (2g/kg) com melhoria dos défices neurológicos. Foi transferido para a enfermaria de Neurologia e iniciou programa de reabilitação funcional.

Discussão: É fundamental reconhecer as peculiaridades da SMF, somadas à multiplicidade de diagnósticos diferenciais sob o espetro da SGB-SMF, permitindo um correto diagnóstico e atempada orientação terapêutica sobretudo nos casos de rápida evolução temporal.

PA n.º 2665

Eritema induratum - para lá da Tuberculose

Nuno Pardal(1);Fernando Lemos(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Duarte Lages Silva(1);Luís Pontes Santos(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças raras

INTRODUÇÃO: O eritema induratum (EI) designa um processo inflamatório do tecido subcutâneo com alterações do tipo paniculite. Apesar de maioritariamente associado a tuberculose, pode também surgir associado a doenças sistémicas, neoplasias, drogas ou idiopático, não sendo possível distinguir os vários tipos pela sua morfologia ou histopatologia.
CASO CLÍNICO: Doente do sexo masculino de 83 anos previamente autónomo, com antecedentes de síndrome mielodisplásico (SMD) com excesso de blastos sob eritropoeitina e proposto para 5-azacitadina. Internado por pneumonia adquirida na comunidade. Por manutenção da febre e elevação de parâmetros inflamatórios escalada antibioterapia de largo espectro, sem melhoria e com hemoculturas persistentemente negativas. Associadamente apresentou nódulos cutâneos eritematosos duros dolorosos na face posterior lateral do tornozelo/calcâneo bilateralmente sugestivos de paniculite com agravamento progressivo. Excluídas outras causas de paniculite, IGRA negativo. Realizada biópsia de pele com bacteriologia e pesquisa de micobactérias negativas e com histologia a revelar fibrose subcutânea abundante, paniculite e fenómenos de vasculite discreta sem inflamação aguda ou transformação leucémica/neoplásica de processo sistémico, achados sugestivos de eritema induratum no contexto de progressão de doença hematológica. Verificado rápida progressão do SMD com trombocitopenia grave com necessidade transfusional e agravamento franco do estado geral. O doente não apresentava condições nesta fase para 5-azacitadina; iniciou corticoterapia mas manteve evolução desfavorável complicada com síndrome de lise tumoral, falecendo ao 28º dia após admissão.
DISCUSSÃO: Apresenta-se o caso pela raridade deste tipo de lesão cutânea como possível manifestação de doenças graves sistémicas e não só de tuberculose. Os anti-inflamatórios, corticóide e imunossupressores podem ter um papel na abordagem mas o cerne do tratamento é a gestão da doença sistémica subjacente.

PA n.º 2674

AVC no jovem – Um caso de displasia fibromuscular

MARIANA BESSA QUELHAS(1);Nuno Amorim(2);Axel Ferreira(3);Sofia Tavares(3);Sofia Moreira Silva(3);Diogo Fitas(3);Sandra Manuela Moreira(3);Cristina Duque(3)
(1) Hospital Elvas (2) Hospital da Horta (3) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A displasia fibromuscular (DFM) é uma doença arterial não inflamatória e não aterosclerótica, de etiologia desconhecida, que cursa com estenoses, oclusões, aneurismas ou disseções. Ocorre predominantemente em mulheres nas 5ª a 7ª décadas de vida. As artérias mais afetadas são as renais e carótidas internas. É uma causa incomum de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico.

Mulher de 45 anos, mRankin 0. Antecedentes pessoais de diabetes mellitus e dislipidemia mal controladas, hipertensão arterial, surdez neurossensorial bilateral e cataratas. Sem história familiar de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia frontal seguida de défice motor esquerdo com 1 hora de evolução. Ao exame objetivo: paresia facial central esquerda, disartria, hemiparesia grau 2 e hemipostesia esquerdas (NIHSS 10). AngioTC (tomografia computorizada) cerebral revelou estenose distal da artéria carótida interna (ACI) direita e segmento M2 ipsilateral, sem lesão isquémica estabelecida (ASPECTS 10). Realizou fibrinólise endovenosa com benefício clínico e sem intercorrências. TC cerebral às 24h demonstrou hipodensidade estriatocapsular direita compatível com lesão isquémica do território da artéria cerebral média (ACM) direita. Ecodoppler cerebrovascular realizado em internamento revelou placa fibroadiposa localizada no bulbo carotídeo/início das ACIs, condicionando estenose de 50-69%. Completou-se estudo com angiografia clássica com redução do calibre da ACI direita desde o bulbo até à base do crânio e de M1 direita com estenose <50% – achados compatíveis com DFM focal de tipo tubular. A restante investigação etiológica incluiu ecocardiograma transtorácico com identificação de um foramen ovale patente com shunt direito-esquerdo minor, também visualizado em doppler transcraniano. Iniciou antiagregação e otimização dos fatores de risco vascular, com evolução favorável (NIHSS 2 à data da alta).

Em doentes jovens devemos sempre excluir causas raras de AVC que podem ter impacto no tratamento e seguimento a longo prazo. No caso apresentado, os achados em estudos imagiológicos não invasivos levaram a pesquisa por angiografia, com resultado característico de DFM. O tratamento deve ser feito caso a caso, sendo apresentada a opção de antiagregação plaquetária e otimização de fatores de risco vascular.

PA n.º 2675

Paralisia de Bell como apresentação de pré-eclampsia em gestante

Diana Rocha(1);Cláudia Paiva Agostinho(2);Cecília Moreira(1);Filipa David(1);Rute Cruz(1);Ana Teresa Vieira(3);Ana Filipa Maldonado(1);Lia Bastos(4);Catarina Guimarães(1);João Camões(1);Elena Molinos(1);Rui Araújo(1);Filipe Correia(1)
(1) Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto (3) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A pré-eclampsia (PE) é um distúrbio hipertensivo da gravidez que traduz disfunção endotelial e pode manifestar-se de forma diversa. O diagnóstico implica a presença de hipertensão e proteinúria, após as 20 semanas de gestação. A síndroma clínica pode caracterizar-se por cefaleias, alteração da visão, lesão renal aguda, citólise hepática ou síndrome de HELLP, sendo um quadro potencialmente severo. A paralisia de Bell (PB) é uma neuropatia facial motora, geralmente unilateral, que ocorre de forma mais frequente durante a gravidez, sobretudo no último trimestre, e que parece estar associada aos distúrbios hipertensivos.
Caso clínico: Mulher de 38 anos, primigesta, na 37ª semana de gestação, com história de Diabetes Gestacional bem controlada com medidas dietéticas e hipotiroidismo suplementado. Recorreu ao Serviço de Urgência por assimetria da mímica facial, associada a náuseas, com instalação relativamente abrupta em poucas horas antes. Sem outras queixas nomeadamente cefaleia, alterações da visão, epigastralgias, tonturas ou síncope. Objetivamente, apresentava ao exame neurológico paralisia facial periférica direita isolada, com TAS 160-170 mmHg e edema periférico, analiticamente com Ratio P/C na urina > 0.3 (0.69). Diagnosticada PE com critérios de gravidade (TAS > 160 mmHg). Iniciou labetalol para controlo tensional com resposta favorável. Posteriormente, foi submetida a cesareana urgente e iniciou bólus e perfusão de sulfato de magnésio. Realizou estudo com TAC e RMN cerebrais sem identificação de alterações isquémicas ou inflamatórias. Cumpriu 5 dias de prednisolona 1mg/kg/dia.
Discussão: Fisiopatologicamente, a associação entre a PB e a PE tem sido atribuída à compressão do nervo facial pelo edema periférico presente na PE, com subsequente paralisia. Além disso, a hipertensão pode causar compressão nervosa adicional por mecanismos de microembolismo, vasoespasmo ou trombose da vasa nervorum. A associação destas entidades está escassamente descrita na literatura. Os autores deste caso clínico alertam para o facto que a PB deva ser prontamente reconhecida pois poderá ser um sinal de pré-eclampsia e um potencial sinalizador precoce.

PA n.º 2679

Mieloma múltiplo com forma rara de apresentação: a propósito de um caso clínico

Paulo Alexandre Rocha Simão(1);Céu Evangelista(1);Margarida Ascensão(1);Artur Costa(1);Célia Tuna(1);Ana Patrícia Silva(1);Sofia Afonso(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: O Mieloma não secretor ocorre apenas em 3% dos mielomas. O seu diagnóstico implica imunofixação (IF) sérica e urinaria normais tal como a relação entre as cadeias leves (CL) normal. Também a associação de massas de tecidos moles não é frequente.
Caso clínico: Homem de 73 anos, com antecedentes de lesão mandibular, foi admitido no serviço de urgência por queda com fratura da asa ilíaca direita. A tomografia computorizada (TC) da anca revelou volumosa lesão osteolítica tumoral da asa iliaca direita. Ficou internado no serviço de Ortopedia para estudo de fratura patológica. Pela suspeita de neoplasia, realizou TC toraco-abdomino- pelvica, identificando várias massas de tecidos moles na parede torácica esquerda e direita de grandes dimensões, com invasão do fígado. Nesta altura é pedida avaliação por Medicina Interna que valorizou no exame a massa volumosa torácica direita, sendo feita biopsia. Analiticamente não apresentava anemia, insuficiência renal (IR) ou hipercalcemia. A IF serica e urinaria foi negativa. O doseamento das imunoglobulinas revelou hipogamaglobulinemia geral com relação entre as CL normal. A histologia revelou neoplasia de células plasmócitas com restrição de cadeias Kappa. O medulograma revelou 11% de plasmócitos monoclonais, afirmando o diagnóstico de mieloma não secretor. Foi referenciado para consulta de Hematologia, com realização de PET com extenso envolvimento medular/ósseo em atividade, com volumosas massas músculo-esqueléticas na mandíbula, no 7º arco costal direito e asa ilíaca homolateral. A biopsia da lesão mandibular foi compatível com plasmocitoma.
Discussão: O diagnóstico tornou-se desafiante com suspeita inicial de tumor solido com metastases osseas e que acabou por ser uma neoplasia hematológica rara. Dado a ausência de anemia, hipercalcemia ou IR, o diagnóstico de mieloma não era expectável. A histologia e o medulograma permitiram chegar ao diagnóstico. A associação com plasmocitoma multifocal é incomum.
(Pede-se exclusão do mesmo artigo submetido previamente, por lapso, sem a devida correção final)

PA n.º 2688

Crise miasténica despoletada por COVID19

Cecília de Almeida Moreira(1);Filipa David(1);Diana Rocha(1);Rute Cruz(1);Ana Teresa Vieira(2);Lia Bastos(3);Filipa Maldonado(1);Cláudia Agostinho(4);Ana Mesquita(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) H. Evora (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (4) IPO Porto

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: a crise miasténica é uma exacerbação potencialmente fatal da miastenia gravis. A insuficiência respiratória resulta da fraqueza dos músculos respiratórios, podendo associar-se igualmente a fraqueza de músculos orofaríngeos ou então esta pode ser a característica predominante. Muitas vezes há a necessidade de suporte ventilatório. Os fatores desencadeantes são múltiplos, sendo a infeção uma causa comum.
Caso clínico: doente do sexo masculino, 29 anos, com diagnóstico de miastenia gravis há 12 anos, submetido a timectomia, com referência a incumprimento terapêutico no passado mas atualmente sob prednisolona 25mg/dia e piridostigmina 60mg/dia. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre e astenia intensa há 2 dias. No SU encontra-se prostrado, polipneico, com respiração pouco ampla, disártrico, com ptose palpebral e fraqueza muscular proximal. Documentada infeção por SARS-COV2, sem evidência de pneumonia ou tromboembolismo pulmonar. Assim foi assumida crise miasténica despoletada por COVID-19. Pela falência ventilatória houve necessidade de entubação orotraqueal. Iniciou imunoglobulina IV 0.4mg/Kg/dia que cumpriu durante 5 dias, aumentou corticóide para metilprednisolona 60mg/dia e piridostigmina 30mg 5x/dia. Foi também otimizada toilete brônquica, com uso de insuflador-exsuflador cerca de 6x/dia. Com esta estratégia houve progressiva melhoria clínica, com recuperação eficaz de força muscular. Extubado ao 6º dia, sem intercorrências.
Conclusão: A crise miasténica tem uma mortalidade intra-hospitalar estimada em 5 a 12%. Este caso, desencadeado por doença sars-cov-2 moderada, enaltece a importância de se reconhecer atempadamente esta patologia, intervindo com a introdução de terapêuticas céleres como as IGIV e com a sinalização precoce aos cuidados intensivos atendendo à eventual rápida progressão para falência ventilatória.

PA n.º 2695

Tuberculose disseminada, mas dissimulada: uma pesquisa perseverante

Teresa Valido(1);Carolina Chumbo(1);Catarina Roquete(1);Filipa Figueiredo(1);Sara Furtado(1);Marta Rocha(1);Teresa Cruz(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção por micobactérias, apesar de ter incidência decrescente, permanece um diagnóstico diferencial importante, apresentando-se muitas vezes de forma frustre e dissimulada.
Apresentamos o caso de um homem de 34 anos, natural da Índia e em Portugal há 2 anos, encaminhado à consulta de Medicina Interna por fratura atraumática do corpo de D3, diagnosticada em internamento por acidente de viação. Analiticamente, com velocidade de sedimentação 22mm/h, sem anemia, monoclonalidade ou outras alterações, bem como autoimunidade negativa. Realizou tomografia computorizada (TC), que demonstrou adenomegalias latero-traqueais direitas, sem derrame pleural ou outras alterações. Submetido a biópsia de gânglio mediastínico, negativa para células neoplásicas e com tecido reativo. A biópsia de vértebra teve também resultado inconclusivo. Manteve seguimento em consulta, tendo regressado após um mês com quadro de dor pleurítica à direita e radiografia sugestiva de derrame pleural direito. Realizada toracocentese, com drenagem de 1150mL de líquido com características de exsudado, predomínio de linfócitos, sem isolamentos microbiológicos e biópsia pleural com infiltrado linfocítico inespecífico. Regressa após duas semanas por dispneia e recidiva de derrame pleural, tendo realizado TC, que demonstrou, além das adenomegalias já identificadas, volumoso derrame pleural direito a condicionar desvio contralateral do mediastino. Realizada toracoscopia, onde se visualizaram lesões tipo “bagos de arroz” dispersas por toda a pleura e diafragma. A pesquisa de BAAR e a PCR para Mycobacterium tuberculosis foram negativas. A biópsia pleural revelou pleurite granulomatosa necrotizante, com envolvimento do tecido muscular esquelético e o exame microbiológico do líquido foi positivo para M. tuberculosis, confirmando o diagnóstico de tuberculose pleural.
Apresentamos este caso pela variabilidade semiológica e desafio diagnóstico, demonstrando mais uma vez a relevância da tuberculose nos nossos dias.

PA n.º 2704

Síndrome de Dejerine – um tipo raro de acidente vascular cerebral

Mariana Diz Lopes(1);Fernando Nogueira(1);Marisa Couto(1);Pedro Von Hafe(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

INTRODUÇÃO:
A síndrome medular medial ou de Dejerine ocorre por oclusão das artérias vertebrais e/ou seus ramos e é caraterizada por hemiparesia e hemihipostesia contralaterais e parésia ipsilateral do nervo hipoglosso.
CASO CLÍNICO:
Homem de 76 anos, com história de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo. Avaliado inicialmente por clínica com mais de 24h de evolução de vertigem, parestesias no hemicorpo direito, alteração da fala e desequilíbrio na marcha. Objetivada disartria, parestesias no hemicorpo direito e hemiataxia direita à admissão (NIHSS 4). TC cerebral sem lesões agudas. Não submetido a terapêutica de reperfusão pelo tempo de evolução. Documentado flutter auricular de novo em eletrocardiograma. Internado para vigilância e estudo vascular. Agravamento dos défices neurológicos ao 2º dia de internamento com hemiparesia direita de novo. TC de controlo manteve ausência de lesões agudas. Ecodoppler cervical/transcraniano mostrou oclusão proximal da artéria vertebral esquerda. A ressonância magnética (RM) cerebral revelou área compatível com lesão isquémica aguda na vertente rostral paramediana esquerda do bolbo raquidiano. Iniciou hipocoagulação e programa de reabilitação motora intensiva, com melhoria clínica progressiva.
DISCUSSÃO:
Descreve-se um caso de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico da circulação vertebrobasilar, de etiologia cardioembólica, com lesão isquémica aguda no bolbo raquidiano e oclusão da artéria vertebral esquerda, compatível com o diagnóstico de síndrome de Dejerine. Constitui uma causa rara de AVC (menos de 1% dos AVC isquémicos da circulação posterior), cuja lesão isquémica é frequentemente de difícil visualização em TC pela proximidade do bolbo raquidiano de estruturas ósseas, sendo a RM diagnóstica.

PA n.º 2707

Romboencefalite por Listeria

Cecília de Almeida Moreira(1);Diana Rocha(1);Filipa David(1);Rute Cruz(1);Ana Teresa Vieira(2);Cláudia Agostinho(3);Lia Bastos(4);Filipa Maldonado(1);Catarina Guimarães(1);Elena Molinos(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) H. Evora (3) IPO Porto (4) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução: A infeção por Listeria no sistema nervoso central mais comum é a meningoencefalite. Mais raramente pode apresentar envolvimento focal do tronco encefálico (romboencefalite). Ao contrário de outras formas de doença, a romboencefalite afeta principalmente adultos saudáveis e tem um comportamento bifásico com pródromos de febre, cefaleias e vómitos seguido de manifestações neurológicas (parésia assimétrica de pares cranianos, sinais cerebelosos e défices motores/sensitivos).
Caso Clínico: mulher de 29 anos, sem antecedentes de relevo, não grávida, recorreu ao serviço de urgência por quadro de 1 semana de evolução de cefaleia, febre, fotofobia e náuseas. À admissão apresentava lentificação psicomotora e rigidez da nuca. Analiticamente com leucocitose e elevação de PCR (183mg/L). Realizou TC cerebral sem alterações de relevo e punção lombar com consumo de glicose, proteinororráquia e pleocitose (1124 leuc/uL). Iniciou empiricamente ceftriaxone, aciclovir e dexametasona. Nas primeiras 48h apresentou resolução de cefaleias e fotofobia mas com persistência de lentificação psicomotora e surgimento de diarreia autolimitada. Conhecido resultado de isolamento de Listeria monocytogenes em cultural de liquor e hemoculturas pelo que alterou antibioterapia para ampicilina e gentamicina e suspendeu dexametasona. Restante estudo etiológico negativo (Herpes simplex 1 e 2, vírus varicela-zoster e enterovírus negativo no liquor). Ao 7º dia de internamento a doente apresentou diplopia, visão turva, nistagmo horizontal e ataxia, com resolução espontânea após 4 dias. Realizou RMN cerebral que revelou reforço leptomeníngeo da convexidade cerebral, sem sinais de complicações.
Dado tratar-se de doente jovem e sem fatores de risco foram pesquisadas causas de imunossupressão: serologia VIH negativa, HgA1c 5.4%, estudo autoimune negativo, imunofenotipagem de linfócitos sem alterações.
Conclusão: Este caso mostra uma manifestação rara de infeção por Listeria que tem alta morbimorbilidade e mostra a importância de se considerar este diagnóstico mesmo em doentes jovens e saudáveis dado que o início imediato de antibioterapia apropriada é essencial para melhorar o prognóstico.

PA n.º 2709

Sindrome de Widal - unindo os pontos para o diagnóstico

Rita Margarida Sousa Xavier(1);Pedro Fernandes Moura(1);Carla Peixoto(1);Pedro Neves(1);Mário Esteves(1)
(1) CHMA - Hospital de Famalicão

Tema: Doenças respiratórias

A tríade patognomónica constituída por asma severa, polipose nasal e intolerância ao ácido acetilsalicílico (AAS), conhecida por asma induzida pela aspirina ou síndrome de Widal, permanece francamente subdiagnosticada. O presente caso clínico visa alertar para esta síndroma, as suas particularidades e os cuidados específicos no seu tratamento.
Abordamos o tema com base no caso de uma doente do género feminino, 28 anos, avaliada em consulta externa hospitalar para a qual foi referenciada pelo médico assistente por hipertensão arterial em idade jovem. Realizada uma anamnese cuidada, identificaram-se como antecedentes pessoais relevantes tabagismo ativo, asma/rinite alérgica, polipose nasal e intolerância ao ácido acetilsalicilico e ibuprofeno. Previamente seguida em consulta de Otorrinolaringologia e Pneumologia (previamente medicada com corticóide nasal e anti-histamínico sem melhoria) onde nunca foi colocada em registos clínicos a hipótese diagnóstica de Sindroma de Widal.
Mais frequente em mulheres entre os 20 e os 40 anos, estima-se corresponder a 20% das asmas graves. Fisiopatologicamente, conhece-se uma relação com a inibição da produção de prostaglandinas e o aumento de leucotrienos que culminam na ativação de mastócitos e quimiotaxia de eosinófilos na via aérea, responsáveis pela sintomatologia respiratória. Dada a elevada inespecificidade clínica, a suspeição deve ser feita pela anamnese cuidada, podendo complementar-se o estudo com provas de função respiratória e TAC dos seios perinasais. A confirmação ou exclusão passa pela realização de prova de provocação com aspirina.
Urge a consciência deste diagnóstico. É importante a realização de uma anamnese minuciosa com sentido crítico. Só assim é possível colocar a hipótese diagnóstica, confirmá-la e orientar de forma adequada em termos de modificações no estilo de vida, terapêutica farmacológica e eventualmente cirúrgica (polipectomia) com vista à significativa melhoria da qualidade de vida do nosso doente.

PA n.º 2710

Quando um Mixoma Auricular é uma boa notícia

GONCALO MIGUEL RESIO MESQUITA(1);Andreia Mandim(1);Ana Sofia Silva(1);Joana Vasconcelos(1);Angela Coelho(1);Florisa Gonzalez(1);Juliana xu(1);Vera Seara(1);Sónia Fernandes(1);Alexandre Mendonça(1);Raquel Oliveira(1);Eduarda Martins(1)
(1) CH POVOA VARZIM - VILA CONDE

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores primários do coração são extremamente raros e têm uma incidência estimada de menos de 0.1%. Em contrapartida o envolvimento cardíaco por metástases é cerca de vinte vezes mais comum e poderá estar presente na autópsia de um em cada cinco doentes oncológicos. Embora a maioria desses tumores seja de caráter benigno, como o caso dos mixomas, o risco de embolia, obstrução valvular e de morte súbita é elevado. No contexto de antecedentes ou doença oncológica como o caso apresentado a caracterização de qualquer massa cardíaca é de caracter urgente pois tem impacto no tratamento e prognóstico.
Os autores apresentam o caso de uma doente de 79 anos, com antecedentes relevantes de cardiopatia valvular reumática com estenose mitral, hipertensão pulmonar, neoplasia do colon submetida a cirurgia e radioterapia curativas aos 24 anos de idade e diagnóstico recente, em estudos endoscópicos de rotina, de adenocarcinoma gástrico tubular bem diferenciado. O estudo por colonoscopia não revelou recidiva da neoplasia do colon. Em primeira consulta para a abordagem da neoplasia gástrica apresentava um quadro de tonturas, perda ponderal, cansaço fácil, palpitações, pulso arrítmico e taquicardia. Do estudo de estadiamento, o TC-TAP excluiu metastização mas referia uma massa intrauricular esquerda. O EcoTT caracterizava-a como como ovoide, pediculada e de grandes dimensões levantando as hipóteses de trombo ou mixoma auricular. Foi encaminhada para o SU onde lhe foi diagnosticada FA de tempo indeterminado e iniciou hipocoagulação e controlo de frequência. No internamento realizou ecocardiograma transesofágico e RM cardíaca e estabeleceu-se o diagnóstico de mixoma auricular. TC-CE revelou pequena lesão isquémica do cerebelo. Foi orientada para cirurgia cardíaca onde se procedeu à remoção da massa e excisão do apêndice auricular esquerdo. Um mês depois foi submetida a gastrectomia subtotal laparoscópica com intensão curativa. Apresenta-se até à data com boa evolução clínica e livre de intercorrências.
Além das complicações cardiovasculares os mixomas também se apresentam com quadros constitucionais como os presentes nos doentes oncológicos. Assim, este caso clínico permitiu ilustrar o desafio na gestão das complicações mais frequentes nestes doentes e da importância de uma marcha diagnóstica e tratamento céleres.

PA n.º 2726

Complicações Oculares do Síndrome de DRESS

Catarina Silva(1);Maria do Céu Coelho(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Outro

Introdução:
O Síndrome de DRESS constitui uma reação adversa rara a fármacos. O mecanismo fisiopatológico não é conhecido. Carateriza-se por uma erupção cutânea, febre, linfadenopatias, alterações hematológicas e envolvimento multiorgânico, 2 a 8 semanas após a toma do medicamento, com duração prolongada. Apresenta elevada taxa de mortalidade. O diagnóstico é baseado nas alterações clínicas e laboratoriais. A terapêutica passa pela suspensão do fármaco e medidas de suporte e controlo sintomático.
O caso clínico relata uma situação clínica atípica, resultante da exposição cutânea inerente ao Síndrome de DRESS
Caso clínico:
Doente do sexo feminino, 76 anos, com nevralgia do glossofaríngeo, sob terapeutica com Gabapentina até ao mês anterior ao evento, altura em que iniciou associação com Carbamazepina. Inicia quadro de exantema generalizado com dois dias de evolução. Analiticamente, com leucocitose e neutrofilia, trombocitopenia, aumento da proteína C reativa, lesão renal e alteração da função hepática.
Admitiu-se um Síndrome de DRESS, suspendeu a carbamazepina e iniciou corticoterapia, com progressiva melhoria clinica e laboratorial, e alta clinica.
Quinze dias depois, inicia subitamente alterações da acuidade visual e febre. À fundoscopia verificaram-se nódulos hemorrágicos/séticos no olho direito.
Analiticamente, com aumento dos parâmetros inflamatórios, tendo a doente ficado internada e iniciado antibioterapia.
Ao longo do internamento, verificou-se isolamento de Staphylococcus aureus meticilino-sensivel (MSSA) em duas hemoculturas, sem evidência de endocardite no ecocardiograma. A doente cumpriu antibioterapia durante 14 dias, com recuperação da acuidade visual e correspondente melhoria das alterações oftalmológicas descritas.
Assumiu-se que a doente apresentou êmbolos séticos das artérias da retina em contexto de bacterémia a MSSA resultante do Síndrome de DRESS prévio.
Discussão:
O presente caso clínico pretende dar a conhecer o Síndrome de DRESS como uma entidade rara, que se não for atempadamente diagnosticada e tratada pode ter um desfecho trágico. A falência multiorgânica é a principal causa de morte, no entanto, devemos dar importância às consequências resultantes da destruição da integridade da barreira cutânea, com potencial bacteriémia e quadros séticos consequentes.

PA n.º 2730

Retrato de 3 anos de Hospitalização Domiciliária

Juliana Magalhães(1);Djalma Sousa(1);Cristiana Costa(1);Ana Costa(1);Ivone Barracha(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A Hospitalização Domiciliária é uma alternativa ao internamento convencional destinada a doentes que exijam cuidados hospitalares, mas que cumpram critérios clínicos, sociais e demográficos que permitam internamento no domicílio. A expansão deste modelo em Portugal tem sido exponencial, com benefícios reconhecidos para os doentes e para as instituições.
Objetivos: descrever a atividade médico - assistencial dos primeiros 3 anos de uma Unidade de Hospitalização Domiciliaria (UHD) de um hospital distrital.
Material e Métodos: estudo retrospetivo, observacional e descritivo que inclui todos os doentes internados na UHD nos primeiros 3 anos de funcionamento da unidade. Os dados foram obtidos através do processo clínico informático dos doentes.
Resultados: Da população estudada (n=297) verifica-se uma discreta predominância do sexo masculino (51%, n=152), cerca de 95% (n=283) são de nacionalidade portuguesa, sendo a nacionalidade brasileira a segunda mais frequente (4%, n=12). A idade média é de 66,67 anos, sendo a mínima de 18 anos e a máxima de 98 anos. Os doentes foram provenientes maioritariamente do Serviço de Urgência (61%, n=182), verificando-se uma demora média de 15 dias. Apenas 2% dos doentes (n=7) foram reinternados e cerca de 3% (n=10) dos doentes foram readmitidos no hospital. A maioria dos doentes tiveram alta orientados para a consulta externa (66%, n=195), sendo a taxa de mortalidade de 3% (n=10). As Infeções do trato urinário e as celulites/erisipelas foram os motivos de internamento mais comuns, surgindo respetivamente em 41% (n=123) e 11% (n=33), seguido da Insuficiência Cardíaca (8%, n=25), Pneumonia (4%, n=13) e Neoplasias gastrointestinais (4%, n=11). As comorbilidades mais comuns foram a HTA (45%, n=135), a Diabetes mellitus tipo 2 (37%, n=109) e a Dislipidemia (25%, n=74).
Discussão: Da análise dos dados verifica-se uma demora média que, segundo dados disponíveis de 2021, mantem-se inferior à demora média de internamento convencional do respetivo hospital. A evolução dos doentes foi favorável, registando-se uma baixa taxa de readmissão hospitalar e de mortalidade. As doenças infeciosas predominam nos motivos de internamento, de salientar, no entanto, um número considerável de doentes do foro oncológico que são internados na UHD para controlo da dor e prestação de cuidados paliativos. Os fatores de risco cardiovascular continuam a ser as comorbilidades mais importantes e prevalentes.
Conclusão: As UHD's são um recurso imprescindível atualmente, não só porque representam valor acrescentado para o doente e família, no que toca a humanização dos cuidados de saúde e à educação para a mesma; mas também porque reduzem o tempo de permanência na enfermaria, contribuindo para uma melhor gestão de camas. Estas unidades complementam ainda a prestação de cuidados hospitalares, colmatando algumas necessidades na área do doente crónico e paliativo.

PA n.º 2731

Pneumonia – mais do que uma mera infeção

Gonçalo Ruas(1);Analisa Lopes Ribeiro(1);Luís Brito Avô(1);Manuel Ferreira Gomes(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças respiratórias

A pneumonia organizativa pode ter causa conhecida ou surgir sem causa identificável. Os autores descrevem o caso de um homem de 64 anos com antecedentes de HTA, IC e artrite reumatóide medicado com metotrexato e prednisolona admitido em internamento por febre, tosse produtiva, elevação de parâmetros inflamatórios. Cumpriu antibioterapia empírica e, depois, dirigida (cefuroxime) a P. stuartii isolada no exame bacteriológio expectoração com resposta paulatina. A TC torácica mostrou infiltrado cavitado à periferia LSD com condensação heterogénea envolvente e conteúdo interno; condensação igualmente cavitada no segmento basal posterior LIE, nível hidroaéreo, aspectos não inequívocos sugestivos de processo inflamatório/infeccioso não excluindo colonização fúngica. Neste contexto iniciou voriconazol, suspenso por alucinações visuais; o exame micológico da expectoração, pesquisa BK exame directo/cultural, IGRA e Galactomannan sérico foram negativos e o estudo de precipitinas do Aspergillus, IgE total e imunoglobulinas específicas foram normais. Submetido a BFC com LBA, biópsia e colhidas secreções cujos resultados foram negativos. Face aos resultados negativos, decidiu-se por abordagem cirúrgica torácica com ressecção atípica em cunha da massa LSD cujo exame anatomopatológico revelou pneumonia organizativa fibrinóide. Evolução favorável laboratorial e gasimétrica e melhoria progressiva radiológica. Alta referenciado a consultas da especialidade. A Pneumonia organizativa é uma entidade frequentemente descrita como pneumonia que não resolve. A sua apresentação clínica pode mimetizar outras patologias, nomedamente infecciosas ou neoplásicas. O seu diagnóstico baseia-se na observação do quadro histopatológico sugestivo.

PA n.º 2739

Miopericardite como manifestação inaugural de VHC?

ANGELA GHILETCHI(1);Carolina Coelho(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Cláudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Joana Diogo(1);Manuel Serrano(1);Maria Helena Pacheco(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Utente masculino, 39 anos, previamente saudável, fumador 25 unidades-maço/ano e sem medicação crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com cinco horas de evolução de dor retroesternal tipo facada, que agravava com a inspiração, mas sem irradiação. Sem alterações patológicas ao exame objectivo, apresentava supra ST de >1mm nas derivações pré-cordiais e em DII em ECGs seriados. Concomitantemente com leucocitose de 15000x10^6/L embora com proteína C reactiva negativa. Marcadores de necrose miocárdica inicialmente negativos mas posteriormente com subida de troponina I até 326 pg/mL. Assumiu-se diagnóstico de miopericardite, sem derrame pericárdico ou outras complicações cardíacas, confirmado por ecocardiograma transtorácico e foi medicado com ácido acetil salicílico e colchicina, com resolução completa do quadro na primeira semana de doença. Durante a procura da etiologia foram detectados anticorpos anti Vírus da Hepatite C (VHC), tendo sido feito o diagnóstico inaugural de Hepatite C genótipo 1b e encaminhado para a consulta de Hepatites, após a alta. Posteriormente realizou Fibroscan com resultado Metavir F2 e ecografia abdominal que evidenciava apenas hepatomegalia ligeira. O utente nunca apresentou parâmetros compatíveis com citocolestase ou sinais e sintomas de doença hepática crónica. Não foram reportados sintomas cardíacos até à data.
Apesar do VHC ser um microorganismo hepatotrópico, têm sido reportados um número crescente de manifestações extra-hepáticas - embora as cardiovasculares sejam as menos comuns. Dentro destas últimas, predominam a doença coronária aguda, aterosclerose carotídea e eventos cerebrovasculares. A pericardite e miocardite são manifestações raras mas não de descurar, visto que a infecção por VHC é estimada em 1% da população global e a alta prevalência de doenças cardiovasculares é sobejamente conhecida. Nesse ponto de vista, os autores vêm sensibilizar para esta associação, nem sempre presente mesmo perante doentes com hepatite crónica, com o intuito de diminuir a grande carga de morbi-mortalidade de ambas as condições.

PA n.º 2751

Casuística da patologia infeciosa de uma Unidade de Hospitalização Domiciliaria

Juliana Magalhães(1);Djalma Sousa(1);Cristiana Costa(1);Ana Costa(1);Ivone Barracha(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: A patologia infeciosa constitui um dos principais motivos de internamento, nomeadamente nas Unidades de Hospitalização Domiciliaria em que os cuidados são prestados no domicílio e adaptados ao contexto social e familiar do doente. Torna-se assim pertinente analisar a evolução clínica destes doentes, tendo em conta as especificidades deste tipo de internamento.
Objetivos: caracterizar o tipo de patologias do foro infecioso dos doentes internados numa Unidade de Hospitalização Domiciliaria (UHD) durante cerca de 3 anos.
Material e Métodos: estudo observacional, descritivo, retrospetivo, que inclui todos os doentes internados na UHD de 1 de Junho de 2019 a 30 de Maio de 2022, com motivo de internamento referente a uma patologia infeciosa segundo o ICD-10. Os dados foram obtidos através do processo clínico informático dos doentes (Sclinico).
Resultados: A amostra obtida contempla 215 doentes, que corresponde a cerca de 73% do total de doentes internados na UHD em 3 anos (n=295). Destes doentes, cerca de 51% (n=152) são do sexo masculino e a idade média é de 64 anos. A proveniência dos doentes é maioritariamente (59%, n= 127) do serviço de urgência e a duração média do internamento foi de 14,26 dias. Apenas 2% (n=5) foram reinternados e cerca de 2% (n=5) foram readmitidos no internamento convencional. O principal motivo de internamento foram as infeções do trato urinário (ITU) (57%, n= 123), correspondendo 54% (n=67) destas a ITU complicadas e 37% (n=45) a Pielonefrites Agudas. As infeções da pele corresponderam a 15% (n=33) dos motivos de internamento, predominando dentro destas as Erisipelas (76%, n=25) e as Celulites (18%, n=6). As Infeções respiratórias são o terceiro motivo de internamento mais comum (6%, n=13). Em menor número de salientar a Endocardite (3%, n=6) e a Infeção do SNC (3%, n=6). Em 41% (n=89) dos doentes foi isolado agente infecioso, sendo o mais comum a Escherichia coli (20%, n=44). A HTA e a Diabetes mellitus tipo 2 foram as comorbilidades mais frequentes, presentes respetivamente em 51% (n=109) e 33% (n=70) dos doentes. A maioria dos doentes (65%, n=139) foram encaminhados para a consulta externa aquando alta; e a taxa de mortalidade foi de 1% (n=2) em 3 anos.
Discussão: A patologia infeciosa destaca-se pela sua predominância nesta tipologia de internamento. Apesar de a idade média ser de 64 anos, cerca de 37% dos doentes tem idade superior a 73 anos. Verificou-se uma reduzida taxa de mortalidade e de readmissões hospitalares, pelo que se constata uma evolução favorável apesar da considerável percentagem de doentes em idade avançada.
Conclusão: A UHD afirma-se como uma tipologia de internamento segura, eficaz e de prestação de cuidados de qualidade, mesmo em doentes infetados e com comorbilidades; promovendo ainda o envolvimento do doente e família na prestação de cuidados e a literacia para a saúde.

PA n.º 2764

A importância do isolamento: tuberculose pleural

Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiúza m. Rua(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Amanda Hirschfeld(1);Cláudia Maciel Perez(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é a primeira causa de morte infecciosa a nível mundial, sendo que 16% dos casos são de tuberculose extrapulmonar. A tuberculose pleural (TP) é a forma mais frequente de doença extrapulmonar no adulto, apresentando a particularidade de ser um diagnóstico mais difícil pela escassez de bacilos no líquido pleural, obrigando muitas vezes a exames mais invasivos para o diagnóstico e à presunção do diagnóstico sem isolamento. Quando a suspeita clínica é elevada, o doseamento da adenosina deaminase (ADA) é útil para estabelecer diagnóstico presumptivo. Apresenta-se o caso de um homem de 39 anos, sem antecedentes patológicos, que recorre ao serviço de urgência por um quadro de tosse seca e febre com 7 dias de evolução. Analiticamente destacava-se apenas uma PCR de 156 mg/L, e por apresentar murmúrio vesicular abolido na base esquerda à auscultação pulmonar, fez radiografia torácica que confirmou derrame pleural esquerdo volumoso. No decurso da investigação em internamento, destaca-se uma TC torácica que confirma derrame e exclui lesões parenquimatosas subjacentes, e foi realizada toraconcentese com saída de líquido pleural amarelo citrino com linfócitos abundantes e com ADA elevado de 74,7 U/L. Realizou biópsia pleural que relata pleurite granulomatosa necrotizante sugestiva de tuberculose, e iniciou terapêutica antibacilar apesar da ausência de isolamento de Mycobacterium tuberculosis, pela elevada suspeita clínica. Posteriormente veio a verificar-se uma cultura estéril do líquido pleural, ressalvando que o fragmento pleural biopsado não foi cultivado. Este caso salienta-se por se tratar de um dos poucos casos de tuberculose cuja terapêutica se inicia muitas vezes sem isolamento de agente, relembrando a importância de cultivar o tecido biopsado em casos cuja cultura é muitas vezes negativa para permitir terapêutica dirigida posteriormente.

PA n.º 2776

Encefalopatia de Wernicke de causa iatrogénica

Cláudia de Paiva Agostinho(1);Dina Neto(2);Eduarda Martins(3);Mariana Seco(2);Rafaela Lopes(2);Carla Maia(3);Cristina Oliveira(2);Paula Salgado(2);Mariana Taveira(2)
(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (3) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Introdução
A Encefalopatia de Wernicke (EW) é uma complicação resultante do défice de tiamina. Caracteriza-se pela tríade encefalopatia, oftalmoparésia e ataxia. Geralmente o diagnóstico é feito quando um doente com história de alcoolismo apresenta a tríade clássica. O baixo índice de suspeição no doente não alcoólico é a principal barreira ao seu diagnóstico. O diagnóstico é clínico, sendo apoiado pelas alterações imagiológicas e pela resposta ao tratamento com tiamina.
Caso clínico
Homem de 49 anos submetido a bypass gástrico e re-intervencionado em 2019 por quadro suboclusivo, evoluindo para quadro suboclusivo crónico com dilatação esofágica e das ansas do delgado, com ponto de transição na anastomose cirúrgica. Desde esta data com quadro constitucional e episódios de vómito, com perda de 45% do peso corporal. Admitido em março de 2022 por agravamento do quadro.
Durante o internamento desenvolveu quadro de alteração do estado de consciência e perda da capacidade de marcha.
Objetivamente a salientar caquexia, desorientação temporo-espacial, lentificação psicomotora e limitação dos movimentos oculares horizontais com nistagmo horizonto-rotatório na levoversão, mas com avaliação dificultada pelo estado geral do doente.
Analiticamente com hipoalbuminemia, défice de vitamina D e folatos.
Realizou tomografia computorizada cerebral sem alterações. A ressonância magnética demonstrou hipersinal em T2/FLAIR na porção medial dos tálamos e região periaquedutal, com restrição à difusão nessas mesmas regiões, alterações compatíveis com o diagnóstico de EW.
Presumiu-se tratar-se de EW secundária a desnutrição severa. Verificou-se resposta favorável à terapêutica com tiamina endovenosa, confirmando o diagnóstico. Manteve otimização nutricional para melhorar o estado geral para que fosse possível abordagem cirúrgica do quadro suboclusivo.
Discussão
Este caso ilustra um quadro de EW associado a desnutrição severa como consequência de complicação a longo prazo de bypass gástrico. Embora a EW seja frequentemente associada a alcoolismo crónico, pode ocorrer por desnutrição por outras causas, e é frequentemente subdiagnosticada nesses contextos. Tratando-se de uma entidade potencialmente curável, é importante estarmos alerta para as suas manifestações clínicas e para outros estados predisponentes.

PA n.º 2777

Síndrome de Hiperviscosidade secundário a Macroglobulinemia de Waldenström

Pedro Pinto(1);Alda Andrade(1);Ana Rita Branco(1);Fernando Lemos(1);Patrícia Araújo(1);Emília Guerreiro(1);Carmélia Rodrigues(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Introdução
A Macroglobulinémia de Waldenstrom (MW) é uma doença de células B caracterizada por infiltração da medula óssea por um linfoma linfoplasmocitário e uma paraproteína sérica IgM monoclonal. O Síndrome de Hiperviscosidade (SH) está presente em 30% dos doentes com MW à apresentação e deve-se ao aumento da viscosidade sanguínea decorrente do aumento da IgM, podendo manifestar-se como epistaxis, hemorragia retiniana, tonturas, confusão ou insuficiência cardíaca (IC) descompensada.
Caso clínico
Homem de 70 anos, hipertenso, obeso, com IC valvular, fibrilhação auricular, doença renal crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia progressiva. TC-TAP em ambulatório com derrame pleural direito e ascite moderada. No SU com sinais de congestão periférica. Analiticamente: anemia (8,9g/dl, microcitica hipocromica), BNP 966 pg/mL, proteínas totais séricas 12,6 g/dL. Toracocentese diagnóstica: derrame pleural com características de transudado. Ecocardiograma: depressão da função sistólica do ventrículo direito. Angiografia das artérias pulmonares sem evidência de tromboembolismo pulmonar. Do estudo da anemia: ferropenia, pico monoclonal sérico IgM/kappa, 5.2g/dL, IgM >3380, cadeias leves kappa 1158, ratio cadeias leves kappa/lambda 1157, beta-2 microglobulina 8.1 mg/dL. Constatada 7 anos antes pico IgM/k 0.22 g/dl e 2 anos antes pico de 2.5g/dl. Biópsia óssea com achados compatíveis com mieloma múltiplo. Mielograma não conclusivo. Assumido SH e anemia como causas de IC descompensada, secundários a provável MW, sendo referenciado para outro hospital para realização de plasmaferese. Imunofenotipagem: presença de 0,09% de plasmócitos clonais Kappa e IgM e pequena população de células B clonais kappa e IgM (0,016% de todas as células), o que associado a um pico M, pode ser sugestivo da presença linfoma Linfoplasmocítico /Macroglobulinémia de Waldenstron. Constatada a mutação no gene MyD88 que confirmou o diagnóstico de MW e iniciada terapêutica com ciclofosfamida. Veio a falecer 4 meses após o diagnóstico com hemorragia intra-cerebral de grande volume.
Discussão
Os autores consideram este caso clínico relevante dada a sua raridade bem como a importância da elevada suspeição clínica de um SH como possível causa de descompensação de IC, não atrasando o tratamento mais eficaz.

PA n.º 2783

Casuística do primeiro ano de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária

José Miguel Ferreira(1);Jaime Louro(1);Márcia Ribeiro(1);Alexandra Leitão(1);Ilda Coelho(1);João Pedro Abreu(1);Carla Lemos Costa(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) permite garantir atividade assistencial a doentes com patologia aguda e patologia crónica agudizada e constitui-se cada vez mais como uma alternativa ao internamento em regime hospitalar. Objetivo: Descrever a atividade de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) num hospital periférico durante o seu primeiro ano de funcionamento. Material e métodos: Estudo retrospetivo onde foram analisados os registos clínicos eletrónicos dos doentes admitidos durante o primeiro ano de atividade da UHD (entre os dias 26 de março de 2019 e 25 de março de 2020). Os doentes foram caracterizados relativamente à idade, sexo, estado funcional, proveniência, demora de internamento, diagnósticos primários e secundários, orientação à data de alta e necessidade de reinternamento. Resultados: No primeiro ano da UHD foram internados 219 doentes, com predominío de doentes do sexo feminino (n= 123, 56.2%) e idades compreendidas entre os 27 e os 73 anos (média de 78,6 anos e mediana de 82 anos). Relativamente ao grau de autonomia, 66 doentes (30.1%) eram autónomos (Katz 6), 99 doentes (45.2%) apresentavam dependência ligeira a moderada (Katz 3-5) e 54 doentes (24.7%) dependência grave ou total. No que concerne à proveniência, 144 doentes (65.8%) foram referenciados do Serviço de Urgência, 52 doentes (23.7%) do internamento de Medicina, 10 doentes (4.6%) do Hospital de Dia, 7 doentes (3.2%) do internamento de Ortopedia, 2 doentes (0.9%) do internamento de Cirurgia e 4 doentes (1.8%) da consulta externa (CE), dos quais 2 doentes da CE de Paliativos, 1 doente da CE de Medicina e 1 doente da CE de Ortopedia. A média de dias de internamento foi de 6.6 dias, a mediana 6 dias, com duração mínima de 1 dia e máxima de 27 dias. A maioria dos doentes foi internada na UHD por patologia respiratória: 55 doentes (25.1%) por pneumonia, 53 doentes (24.2%) por traqueobronquite aguda e 13 doentes (5.9%) por exacerbação de DPOC. Foi necessária oxigenioterapia suplementar em 116 doentes (53.0%), dos quais 92 doentes por insuficiência respiratória tipo I e 24 doentes insuficiência respiratória tipo II. Entre os restantes diagnósticos, os mais frequentes foram as infecções do trato urinário (21 doentes, 9.6%) e a insuficiência cardíaca descompensada (19 doentes, 8.7%). Nos 8 doentes internados por patologia ortopédica, a maioria foi por infecção periprotética (5 doentes) e 2 doentes por osteomielite, necessitando de terapêutica antibiótica prolongada. Esta condicionante contribuiu para uma duração internamento superior (média de 12.5 dias, mediana de 13.5 dias). À data de alta, 203 doentes (92.7%) apresentaram melhoria clínica, 1 doente (0.5%) foi classificado como apresentando o “mesmo estado” e 15 doentes (6.8%) apresentaram agravamento clínico, dos quais 8 doentes faleceram durante o regime de HD (3.7% do total de doentes). Houve necessidade de transferir 8 doentes (3.7%) para internamento em regime hospitalar. Dos 211 doentes com alta, 16 doentes (7.6%) necessitaram de novo internamento nos 30 dias subsequentes e 145 doentes (55.0%) não tiveram novo reinternamento hospitalar nos 120 dias posteriores à alta. Conclusões: A Hospitalização Domiciliária apresenta-se como uma alternativa ao internamento convencional, constituindo uma mais valia na medida em que permite garantir um ambiente mais familiar e humanizado,

ultrapassando ao mesmo tempo as limitações da sobrelotação das enfermarias e as intercorrências infecciosas hospitalares.

PA n.º 2790

Incertezas e Garantias - Um mapa de satisfação do Médico Internista

João Frutuoso(1);João Barbosa Barroso(1)
(1) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Organização, gestão e qualidade de serviços de saúde

Introdução
Com o decorrer dos anos tem-se observado a um decréscimo no número de Médicos Internistas no sistema publico e aumento gradual dos níveis de burnout com consequente abandono dos locais de trabalho
Objectivos
Conhecer os motivos de satisfação e intenção de mudança de trabalho dos Internistas.
Métodos
Foi lançado um inquérito pré validado por diversos médicos e posteriormente foi feita uma sub analise à população internista, e correlacionadas as variáveis de satisfação e intenção de mudança de trabalho
Resultados
79 médicos, 56 do sexo feminino, 21 do masculino. Idade entre os 27 e 65 anos, media de 36.7 anos. 22 interno de formação especifica, 55 assistentes hospitalares, 11 graduados e um sénior. 73 trabalham maioritariamente no publico, 4 em ambos sistemas em igual período 2 exclusivamente no privado. Observou-se que para questões de mudança de trabalho o factor mais forte foi o balanço com a vida pessoal e em menor medida condições remuneratórias. Sendo que para satisfação os factores mais preponderantes foram o ordenado, apoio de outros profissionais, oportunidades de investigação, o peso da carga laboral. Foi visto que quanto maior a satisfação mais probabilidade de recomendar a especialidade a outros profissionais, que a pandemia não agravou a probabilidade de mudança laboral. Não houve diferença relevantes entre médicos do sistema privado e médicos do sistema nacional de saúde.
Conclusões
Há que encontrar formas de capitalizar a Medicina Interna e conseguir melhor equilibro entre o trabalho e vida pessoal, para que se evite o êxodo de profissionais. Somo essenciais para o funcionamento dos hospitais onde somos a pedra basilar.

PA n.º 2793

Análise de experiência inaugural de Stenting renal num hospital distrital

Frederica h. Ferreira(1);Pedro Alves Matins(1);Dilorom Alimová(1);Luís Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução: A estenose aterosclerótica da artéria renal é uma causa de hipertensão arterial resistente. A evidência do benefício da revascularização renal percutânea com implantação de stent tem sido limitada.
Objetivos: Pretendeu-se avaliar o impacto do stenting renal na pressão arterial sistólica e na clearance de creatinina, além de apreciação da morbi-mortalidade desta intervenção realizada num hospital distrital.
Material e Métodos: Análise retrospectiva de um grupo selecionado de doentes de uma consulta dedicada de Hipertensão arterial do Hospital Distrital de Santarém, com estenose aterosclerótica da artéria renal com hipertensão arterial refratária à terapêutica médica e que foram submetidos naquele hospital a implantação percutânea de stent renal. Foram incluídos doentes com estenose da artéria renal superior a 70% e com pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 155 mmHg e/ou necessidade de 2 ou mais agentes anti-hipertensores.
Resultados: Oito doentes (5 mulheres e 3 homens) com média de idade dos doentes de 73.1 anos foram submetidos a stenting renal. A PAS diminuiu de forma célere após a implantação do stent, normalizado em 62.5% dos doentes após 3 meses associado a redução da terapêutica anti-hipertensora. A clearance da creatinina aumentou em 50% dos doentes, tendo diminuído em 25% ou estabilizado nos restantes doentes. Não se verificou morbi-mortalidade cardiovascular ou complicação major do acesso vascular.
Conclusão: A revascularização da artéria renal através de stenting renal em doentes com hipertensão arterial resistente, tem benefício no controle do perfil tensional e diminuição do uso de anti hipertensores além de induzir melhoria da função renal. Alguns estudos randomizados de relevo (ASTRAL, CORAL), não sustentam o benefício clínico na prevenção de eventos cardiovasculares ou renais, após implantação de stent. No entanto, os resultados da nossa análise, demonstram benefício do stenting renal num grupo selecionado de doentes com estenose aterosclerótica da artéria renal, não obstante a amostra reduzida e follow up médio inferior a um ano. Importa assim desenvolver estudos em coortes selecionadas de doentes com estenose renal com impacto hemodinâmico e contexto clínico que sugira benefício em revascularização renal.

PA n.º 2805

Linfoma B difuso de grandes células - uma apresentação rara

Filipe Pimenta Ribeiro(1);Adriana Vazão(1);Ana Cláudia Cunha(1);Margarida Cerqueira(1);Sónia Martins Santos(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O linfoma B difuso de grandes células (LBDGC) primário do sistema ósseo representa uma variante extra-nodal rara, que constitui menos de 2% de todos os linfomas em adultos. Frequentemente apresenta-se como dor óssea não aliviada pelo repouso, fraturas patológicas, compressão da medula, entre outros.
Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 71 anos, com antecedentes de osteoporose, que recorre ao Serviço de Urgência por agravamento do quadro com 4 meses de evolução, caracterizado por dorsalgia e lombalgia com irradiação à virilha e membros inferiores bilateralmente, associadas a limitação ao ortostatismo e marcha. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Analiticamente: desidrogenase láctica e proteína C reativa elevadas. Anemia crônica ligeira e linfopenia.
Realizou tomografia computadorizada (TC) coluna Lombar, TC toracoabdominal e TC bacia, que apresentava uma massa vascularizada do colo do fêmur e múltiplas fraturas patológicas, nomeadamente, fratura L1 com recuo do muro posterior que contacta o conteúdo neuromeníngeo do canal raquidiano central, fratura da base cervical do fémur direito e traço de fratura do teto acetabular. A doente foi então internada para investigação diagnostica. A ressonância magnética apresentava alterações sugestivas de infiltração por Linfoma/Mieloma.
A biopsia da massa adjacente ao fémur direito apresentava, ao exame histológico, envolvimento de tecidos moles por processo linfoproliferativo, com aspectos compatíveis com o LBDGC, estabelecendo-se assim o diagnóstico. A doente foi então encaminhada para consulta de Hematologia onde atualmente mantém seguimento.
Conclusão: Com este trabalho, os autores pretendem realçar a importância de incluí esta patologia, apesar de rara, como hipótese de diagnóstico de dor crónica associada a fraturas patológicas sobretudo a partir dos 60 anos, onde é sua incidência é maior.

PA n.º 2815

Uma etiologia rara de lesões no couro cabeludo

Ana Rita Sárria(1);m. Joao Moura(1);Nídia Pereira(1);Filipa Guimarães(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

INTRODUÇÃO
O angiossarcoma é um tumor maligno com origem nas células endoteliais vasculares ou linfáticas e representa aproximadamente 2% de todos os sarcomas de partes moles. Os locais primários mais comuns são a pele e o tecido subcutâneo da cabeça e pescoço A eosinofilia pode ter inúmeras causas, sendo uma delas a malignidade, devendo esta última ser sempre excluída principalmente se valores extremamente elevados.

RESUMO
Homem de 70 anos, autónomo e cognitivamente íntegro, referenciado ao Serviço de Urgência após identificação em estudo analítico de rotina hipereosinofilia (7200 U/mL) e hiperglobulinemia E (6047 U/mL) de novo. Associadamente o doente refere aparecimento de lesões violáceas e pruriginosas do couro cabeludo com 4 meses de evolução. Sem outras queixas na revisão de aparelhos e sistemas. Ao exame objetivo apresentava lesões violáceas elevadas dispersas pelo couro cabeludo, algumas com áreas de ulceração central não dolorosas, sem exsudados ou drenagem purulenta. Analiticamente para além das alterações supracitadas, a salientar elevação da vitamina B12, triptase e identificação de eosinófilos na urina. Realizou biópsia das lesões que revelou a presença de angiossarcoma. TC a sugerir envolvimento ganglionar, pulmonar e esplénico presumivelmente metastático . Assumido angiosarcoma da cabeça e pescoço com provável metastização associado a eosinofilia paraneoplásica. O doente foi orientado para o IPO onde irá completar o estadiamento da doença e iniciar tratamento.

DISCUSSÃO
O caso destaca-se pela raridade do diagnóstico de Angiosarcoma e pela sua rara associação com eosinofilia paraneoplásica. Pretende-se também alertar os clínicos para a investigação etiológica da eosinofilia uma vez que a maioria das vezes ela é idiopática, no entanto podem estar subjacentes causas neoplásicas e a sua suspeição e pesquisa precoce pode influenciar o prognóstico.

PA n.º 2817
Síndrome de Evans a dois tempos
Raquel Calheiros(1);Mariana Teixeira Pacheco(1);Maria Manuela Sousa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Introdução:
O síndrome de Evans é uma doença rara que se caracteriza pela coexistência de anemia hemolítica e trombocitopenia auto-imunes. Este caso retrata uma apresentação pouco frequente deste síndrome, com trombocitopenia e anemia desfasadas temporalmente, em provável contexto paraneoplásico.

Caso Clínico:
Um doente com 82 anos, autónomo, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com um quadro de diarreia, astenia e icterícia com 5 dias de evolução. Como antecedentes de relevo, o doente tinha sido submetido há 4 meses a uma hemicolectomia esquerda por adenocarcinoma do cólon, diagnosticado no decurso do estudo etiológico de uma trombocitopenia autoimune. Do estudo inicial, destacava-se a presença de uma anemia de 7.2g/dL, de novo, associada a hiperbilirrubinemia indireta de 16.3mg/dL, com elevação da desidrogenase láctica e com prova de Coombs anti-IgG e anti-C3d positivas (score 12/12), a favorecer o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune.
O doente foi medicado no SU com prednisolona oral, sendo que no primeiro dia do internamento apresentou um episódio de síncope após levante; documentado posteriormente um agravamento da anemia (hemoglobina de 4.5g/dL) e alterações eletrocardiográficas com infra-desnivelamento do segmento ST nas derivações pré-cordiais esquerdas, associadas a uma elevação da troponina I-hs. Face ao agravamento clínico, optou-se por realizar uma transfusão de 2 unidades de concentrado eritrocitário e iniciar corticoterapia com pulsos de metilprednisolona, que realizou durante 3 dias. Por manter anemia refratária ao tratamento instituído, foi necessário iniciar ainda curso de 5 dias de tratamento com imunoglobulina humana endovenosa, com posterior melhoria clínica e analítica.

Conclusão:
Este caso representa uma entidade nosológica pouco frequente, com tratamento complexo e que pode ter manifestações graves. Este caso corrobora ainda a associação conhecida deste diagnóstico com neoplasias e a possibilidade já referida de afeção de diferentes linhagens hematopoiéticas em períodos distintos. Pela raridade do quadro, é essencial manter um elevado nível de suspeição para o diagnóstico e abordagem atempada.

PA n.º 2828

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA MASCARADA POR PNEUMONIA INTERSTICIAL

Dra. Mafalda Abrantes(1);Catarina Rodrigues(1);Ana Barbosa(1);Fábia Cerqueira(1);Raquel Diogo(1);Ivânia Soares(1);Francisco Faustino(1);António Pais de Lacerda(1);Francisco Cunha(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Introdução:
A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença do 1º e 2º neurónios motores. O seu diagnóstico é geralmente tardio, pelo seu carácter progressivo, sendo sobretudo clínico e suportado pelo electromiograma (EMG).
Caso clínico:
Homem, 84 anos, com antecedentes de monoparésia crural distal esquerda há 2 anos e exposição ocupacional a tetracloreto de carbono. Seguido em consulta por quadro de dispneia e cansaço para pequenos esforços de agravamento progressivo há 1 ano, sem outros achados relevantes à observação. O ecocardiograma revelou função biventricular preservada. A TC toracoabdominopélvica destacou "padrão em favo de mel nos andares inferiores e bronquiectasias de tração, compatíveis com pneumonia intersticial usual". Analiticamente a destacar Hb 17.3g/dL, hematócrito 48.6%, eritropoietina 10.8mUI/mL, TSH 1.42uU/mL, fT4 1.12ng/dL, electroforese de proteínas sem alterações, VS 31mm/h, ANA, ANCA, anti-CCP, anti-ds-DNA, FR negativos, CK 37U/L, NT-proBNP 230pg/mL, serologias HIV, hepatite B e C negativas. As provas de função respiratória (PFR) mostraram restrição pulmonar ligeira e diminuição moderada da difusão de monóxido de carbono. Admitida pneumonia intersticial usual ocupacional com poliglobulia secundária, tendo-se iniciado flebotomias e pirfenidona. Após 9 meses, o doente mantinha queixas e descrevia diminuição progressiva da força muscular e disfagia para líquidos. À observação era agora evidente atrofia muscular generalizada, incluindo eminência tenar; fasciculações a nível do tronco e membros superiores; normotonia; paraparésia de predomínio distal; reflexos miotáticos patológicos nos 4 membros e reflexo masseterino presente e vivo. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 2 de novo. Repetidas PFR que demonstraram padrão restritivo moderado e redução da força muscular respiratória. A ecografia torácica revelou marcada subida das hemicúpulas diafragmáticas com função normal. O EMG mostrou achados sugestivos de doença do neurónio motor. Estabelecido o diagnóstico de ELA e iniciado riluzol.
Discussão:
O presente caso clínico retrata um caso de ELA em que a sintomatologia não foi inicialmente reconhecida pela coexistência de doença pulmonar estrutural. Contudo, as atipias da evolução do quadro foram fulcrais para a suspeição clínica.

PA n.º 2840

Osteomielite hematogéna- um caso de febre sem foco

Ana Beatriz Pereira(1);Helena Gonçalves(1);Raquel Lourenço Martins(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A osteomielite é uma inflamação óssea, que requer tratamento precoce e específico ao agente microbiano envolvido. Apresenta-se um caso de uma senhora de 54 anos, trabalhadora da extração de resina, como antecedentes um hipertiroidismo controlado. Recorreu ao SU a 02/2002 por febre com 24 horas de evolução e dor clavicular esquerda com três dias de evolução, sem história de trauma. Assumido o diagnóstico de tendinite da coifa dos rotadores, tendo tido alta. Recorre novamente ao SU no dia seguinte por persistência de febre e agravamento da dor. Da anamnese, destacava-se um episódio de onicocriptose no 3º dedo da mão direita há cerca de um mês. Apresentava edema marcado da região esternoclavicular esquerda, região torácica anterior e acromioclavicular. Leucocitose de 18 000/µL e proteína C reativa de 18.7g/dL. Sedimento urinário sem alterações. Realizada punção lombar, TAC crâneo-encefálico, e TAC torácico que se revelaram normais. Assumido o diagnóstico de febre sem foco e decidido internamento. Hemoculturas revelaram Staphylococcus aureus multisensível. Realizou ecocardiograma sem sinais sugestivos de endocardite. Serologias víricas e rastreio imunológico negativos. Broncofibroscopia sem alterações. Exame bacteriológico, micológico e para Mycobacterium tuberculosis do aspirado brônquico negativos. Realizado TAC que revelou distensão articular esternoclavicular esquerda com sinais de hiperreatividade. Assumido o diagnóstico de osteomielite hematogénea por S. aureus. Doente cumpriu antibioterapia com ceftriaxone e daptomicina, com boa evolução clínica e analítica, tendo tido alta com indicação para cumprir 3 semanas de antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico. Reavaliada em consulta, no fim da antibioterapia, onde se apresentava assintomática, sem sinais inflamatórios locais na região esternoclavicular, parâmetros inflamatórios negativos. O TAC torácico de reavaliação a evidenciar melhoria imagiológica. A osteomielite aguda requer uma elevada suspeição por parte do clínico de modo a minimizar o atraso diagnóstico e evitar complicações. Este caso destaca-se pela apresentação inicial sem alterações a nível imagiológico. Contudo, o início precoce de antibioterapia e alta suspeição do diagnóstico permitiram que a doente evoluísse favoravelmente, sem sequelas.

PA n.º 2849

Anemia Hemolítica Autoimune (AIHA) após vacinação contra a COVID-19

Tania r. Lopes(1);Helena Moreira(1)
(1) IPO Porto

Tema: Doenças hematológicas

Introdução: A AIHA é uma doença rara que resulta da destruição aumentada dos eritrócitos mediada por autoanticorpos. A sua apresentação clínica varia desde hemólise compensada e assintomática até anemia grave e potencialmente fatal. A sua etiologia pode ser primária ou secundária a infeções, doenças sistémicas, medicamentos ou vacinas. No atual contexto pandémico, a vacinação em massa contra a COVID-19 demonstrou a importância de os profissionais de saúde estarem alerta para as normas de administração das vacinas e para o surgimento de reações adversas, sobretudo para as potencialmente graves.
Caso Clínico: Homem de 62 anos, com infeção prévia por SARS-CoV2 que dois dias após toma da segunda dose de vacina contra a COVID-19 de RNA mensageiro (mRNA) e de uma dose de vacina contra a gripe quadrivalente recorreu ao Serviço de Urgência por episódio de síncope. O estudo analítico à admissão foi compatível com AIHA (hemoglobina de 6.7 g/dl, aumento da contagem de reticulócitos e bilirrubina total, anisopoiquilocitose e marcada policromasia no esfregaço de sangue periférico, teste da antiglobulina direto fortemente positivo). Do estudo etiológico: marcadores virais negativos, função tiroideia sem alterações e estudo imunológico a revelar C3c diminuído. Assim, considerou-se uma eventual AIHA secundária à administração das vacinas. O doente manteve-se assintomático, com recuperação progressiva da anemia sob prednisolona 1mg/kg/dia. A possível reação adversa foi reportada às entidades competentes.
Discussão: A AIHA é uma reação adversa a vacinas já descrita, nomeadamente, à vacina da gripe. Na literatura, há já a descrição de casos de AIHA atribuídos a reação adversa de vacinas de mRNA contra a COVID-19. Neste caso em concreto, a sua administração conjunta com a vacina contra a gripe impossibilita atribuir-lhe a AIHA com reação adversa de forma inequívoca, não se pode excluir o nexo de causalidade.

PA n.º 2852

Sacubitril-valsartan na insuficiência cardíaca com fracção de ejecção reduzida – estudo prospectivo

Dr. Luís Almeida(1);Inês Felizardo Lopes(2);Ana Teresa Costa(1);Manuel Monteiro(1);David Veríssimo(3);Rosário Eça(1);Mariana Morais(1);Cristiano Gante(1);Isabel Cardoso(1);Alexandra Raposo(1);Isabel Luiz(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José (2) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha (3) Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

Tema: Doenças cardiovasculares

A insuficiência cardíaca (IC) constitui um problema de saúde global, com incidência crescente. Nos últimos anos surgiram novos fármacos modificadores de prognóstico da IC, incluindo o inibidor da neprilisina – sacubitril-valsartan, recomendado em primeira linha no tratamento da IC com fracção de ejecção reduzida (IC-FER), com comprovada eficácia na redução da mortalidade e internamento, bem como na melhoria da qualidade de vida dos doentes. Após a evidência nos ensaios clínicos, importa agora conhecer a sua performance em estudos de mundo real.
Objectivo: Avaliar resultados da terapêutica com sacubitril-valsartan quanto à sua eficácia (fracção de ejecção – FEj; classe funcional New York Heart Association - NYHA), segurança (perfil tensional, função renal e caliémia) e adesão terapêutica, em doentes com IC-FER, durante as primeiras doze semanas de tratamento.
Materiais e Métodos: Estudo prospectivo, com amostra por conveniência. Foi dado consentimento informado, podendo abandonar o estudo em qualquer momento. Nenhum outro fármaco modificador de prognóstico foi introduzido no período do estudo. Os doentes foram seguidos em Hospital de Dia com avaliação clínica e analítica seriada nas primeiras 12 semanas após introdução do fármaco. As doses de sacubril-valsartan e diurético de ansa foram tituladas de acordo com a avaliação seriada. A avaliação por ecocardiograma foi efectuada antes do início do tratamento e às 12 semanas.
Resultados: Foi seleccionada uma amostra de 28 doentes com IC-FER. Vinte e um doentes (75%) eram do sexo masculino e a média etária foi de 74,6 ± 15,9 anos. A etiologia da cardiopatia era hipertensiva em sete doentes (25%), isquémica em sete (25%), multifactorial em onze (39%) e de outras etiologias em três doentes (10,7%). A FEj inicial média foi de 32 ± 11,3%. Vinte doentes completaram o período de estudo, com melhoria da FEj em 95% dos doentes após 12 semanas de tratamento e um aumento médio de 7% na FEj. Verificou-se melhoria na classe funcional NYHA na maioria dos doentes. Oito doentes interromperam o estudo, quatro por motivos não clínicos, um por hipercaliémia significativa (> 5,5mEq/L), um por disfunção renal com taxa de filtração glomerular < 30ml/min, um por hipotensão sintomática persistente e uma hospitalização por edema agudo do pulmão. Ocorreu agravamento transitório da função renal significativo (creatinina > 0,3ml/min) em quatro doentes (20%). A variação média dos valores de potássio foi de +0.2mEq/L. Doze doentes atingiram a dose máxima de sacubitril-valsartan (97/103mg).
Conclusão: A terapêutica com sacubitril-valsartan teve eficácia na melhoria da FEj e classe funcional dos doentes com IC-FER desde uma fase precoce. Subsistem desafios na introdução e titulação da terapêutica para dose ideal, devendo os doentes ser rigorosamente monitorizados. Neste estudo, 14% dos doentes suspenderam o fármaco por motivos clínicos que podem ser atribuíveis à mudança do esquema terapêutico.

PA n.º 2853

Colangite biliar primária associada a ileite distal - A propósito de um caso clínico

Carlos m Nancassa(1);Adelaide Figueiredo(1);Margarida Cabrita(1);Carolina Nunes Coelho(1);João Cuz Cardoso(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças raras

Introdução: Colangite biliar primaria (CBP) é uma doença rara dos pequenos ductos biliares intra-hepáticos, caracterizada por dano progressivo do ducto biliar em contexto da inflamação crônica do trato portal, com fibrose que pode resultar em cirrose. Existe prevalência do sexo feminino, com pico entre 55 e 65 anos. A combinação da fosfatase alcalina elevada e anticorpo antimitocondrial é suficiente para o diagnóstico na maioria de doentes, sem necessidade de confirmação por biópsia. Os sintomas tipicos são prurido e fadiga. A progressão da doença pode ser retardada com ácido ursodesoxicólico, sendo transplante hepatica eficaz para doença em estádio terminal. Caso clínico: Mulher, 66 anos, caucasiana, hipertensa, diabetica e esclerose múltipla, medicada com perindopril, sitagliptina, interferão beta. Recorre ao serviço de urgência por diarreia crónica, astenia e prurido há 1 mês. À observação apresentava febril, abdómen sensível difusamente, sem defesa. Na análises destaca-se leucócitose com neutrofilia, PCR elevada, bilirrubina total 1.9mg/dL, ALT 67U/L, AST 24U/L, GGT 212U/L, FA 572U/l. Na TC abdominal, fígado sem alterações, vias biliares não ectasiadas, espessamento parietal circunferencial envolvendo o intestino, de forma segmentar, descontínua, nomeadamente no cego e última ansa ileal, associa-se densificação dos planos adiposos envolventes e líquido livre, aspectos sugestivos de patologia inflamatória/infecciosa. Decide-se internamento para estudo etiologico. A colonoscopia foi interrompida por intolerância, deu-se como inconclusivo. Fez entero-RM que confirmou espessamento circunferencial do ilíon, não atingindo o íleo terminal, alterações compatíveis com ileiíte distal. Autoimunidade positivo para Ac-anti-AMA-M2, os demais anticorpos e serologia foram negativos. Com base no anticorpo anti-mitocondrial positivo, fosfata alcalina elevada e exame de imagem foi feito o diagnostico de CBP com ileite distal, iniciou a terapia com acido ursodesoxicolico com boa resposta e encaminhada a consulta da gastrenterologia. Discussão: A incidência e prevalência da CBP estão aumentando, embora não está claro se isto é um aumento real na taxa da doença ou da maior conscientização entre os médicos. Em todo caso o diagnóstico precoce da doença pode impedir sua progressão e complicações.

PA n.º 2863

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DO CORPO VERTEBRAL

Ryan Costa Silva(1);Inês sf da Silva(1);Diogo Ferreira(1);Joana Rosa Martins(1);Cecília Alvim(1);Lígia Peixoto(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: O tumor de células gigantes (TCG) do osso é uma neoplasia osteolítica rara, benigna, localmente agressiva que ocorre nos jovens adultos. Afecta ossos longos, sendo a topografia axial rara, mais difícil de tratar e associada a recorrência local quando não há excisão completa do tumor.
Caso clínico: Doente do sexo feminino, 33 anos, saudável, com lombalgia com um ano de evolução interpretada como lombociatalgia que recorre à urgência por agravamento da dor, refractária a analgesia e parestesias dos membros inferiores. Não apresentava défices no exame neurológico tendo sido realizada TC da coluna complementada por RM vertebromedular que mostraram extensa lesão lítica, expansiva e invasiva única do corpo vertebral de L4 com fractura patológica e disrupção cortical, mas sem compromisso medular. Colocou-se o diagnóstico diferencial entre TCG, plasmocitoma, tumor castanho ou hemangioma atípico. Laboratorialmente, não apresentava citopenias nem elevação de marcadores inflamatórios ou da PTH e a eletroforese de proteínas era normal. Foi realizada biópsia da lesão cujo resultado anatomopatológico confirmou a hipótese de TCG do osso. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar tendo sido considerado tratar-se de uma lesão irressecável pela sua extensão e foi submetida a estabilização percutânea L2-L5 com subsequente início de denosumab e suplementação com cálcio e vitamina D. Teve evolução favorável sem recidiva até à data após um ano de seguimento.
Discussão: Sendo a lombalgia motivo frequente de vinda à urgência, em casos de dor refractária à analgesia ou suspeita de defeito neurológico deve ser feita uma avaliação cuidada para despistar lesões associadas. Na abordagem do TCG do osso axial é fundamental a distinção dos candidatos a cirurgia para os quais a ressecção completa do tumor é a 1ª linha e deve ser o objectivo. Quando isso não é possível e a localização tem alto risco, a terapêutica com denosumab é uma opção para controlo a longo prazo.

IMAGENS EM MEDICINA

INDICE DE IMAGENS EM MEDICINA

IM n.º 0001 Mieloma Múltiplo: achados imagiológicos típicos a reconhecer

IM n.º 0009 Sarcoma de Kaposi Clássico – Um diagnóstico "incidental"

IM n.º 0012 Imunodeficiência grave na era dos antirretrovíricos – uma complicação incomum

IM n.º 0048 Growing outside the box

IM n.º 0060 Insuficiência cardíaca materna

IM n.º 0061 Massa intra-ventricular: apresentação atípica de linfoma

IM n.º 0070 Erosões ósseas exuberantes em doente com Artrite Reumatóide

IM n.º 0072 Embolia gasosa massiva

IM n.º 0084 Síndrome de Crowned Dens, uma cervicalgia pouco frequente

IM n.º 0085 O retrato de uma massa exuberante

IM n.º 0087 Disseção aórtica tipo I de DeBakey / tipo A de Stanford

IM n.º 0106 UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE DISPNEIA?

IM n.º 0112 Onde está o pulmão?

IM n.º 0118 Opacidade peri-cardiaca à direita

IM n.º 0120 Pioderma gangrenoso – manifestação de Leucemia mieloide aguda

IM n.º 0121 Dispneia aguda de causa esofágica

IM n.º 0132 A Medicina e a Arte

IM n.º 0160 O que pode esconder uma massa hepática?

IM n.º 0161 Anatomia de um AVC

IM n.º 0168 Enfarte da artéria de Percheron: um diagnóstico desafiante

IM n.º 0178 Afinal não era Epilepsia

IM n.º 0182 Lesão ocupante de espaço cerebral - nem sempre é cancro!

IM n.º 0185 Doença de Camurati-Engelmann

IM n.º 0193 Uma queda fatal: fratura cervical traumática

IM n.º 0194 Mixedema Iatrogênico

IM n.º 0203 De tofo em tofo se enche o corpo

IM n.º 0206 Trombo auricular – causa ou consequência?

IM n.º 0208 Um hematoma atípico

IM n.º 0245 Disfagia lusória, uma entidade rara

IM n.º 0246 Síndrome de Pierre Marie-Bamberger

IM n.º 0250 Desvio ipsilateral da traqueia: um caso de atelectasia

IM n.º 0251 FIBROSE PULMONAR PÓS-COVID-19 E SUAS CONSEQUÊNCIAS – PNEUMOTÓRAX E PNEUMOMEDIASTINO

IM n.º 0259 Herpes zoster e imunossupressão

IM n.º 0261 Massa cardíaca invulgar: Caseoma da Válvula Mitral

IM n.º 0273 Calcificação pericárdica: um sinal de pericardite constritiva

IM n.º 0278 Dispneia súbita em doente oncológico

IM n.º 0280 Cavitação em doente com Granulomatose com Poliangiite

IM n.º 0281 Quando uma massa cervical é algo mais…

IM n.º 0291 Cloromas na Leucemia Mieloide Aguda

IM n.º 0299 Pseudoaneurisma Ventricular Esquerdo

IM n.º 0300 Volvo Gástrico Organoaxial

IM n.º 0308 Uma causa de alteração da marcha

IM n.º 0324 Tumor Fibroso Solitário - uma evolução rápida de uma identidade rara?

IM n.º 0332 No problema está a solução – Um caso de abcesso pulmonar

IM n.º 0334 Um caso de abcesso pulmonar complicado por piopneumotórax

IM n.º 0344 APENDAGITE EPIPLOICA, UMA CAUSA INCOMUM DE DOR ABDOMINAL

IM n.º 0352 Aneurisma da artéria basilar trombosado

IM n.º 0355 ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES DOCUMENTADA EM RNM CEREBRAL COM ANGIOGRAFIA

IM n.º 0360 Caso exuberante de metastização cutânea de cancro da mama

IM n.º 0364 Pneumorraque: um achado no pneumomediastino espontâneo

IM n.º 0380 Carcinoma espinocelular – ferida maligna complexa em Cuidados Paliativos

IM n.º 0385 Ferida maligna sangrante em Cuidados Paliativos – impacto da radioterapia

IM n.º 0386 Porfiria cutânea tarda

IM n.º 0394 Síndrome de Dressler pós-timectomia: um ilustrativo caso de imagem

IM n.º 0398 Golden S sign: o sinal dourado na orientação clínica

IM n.º 0400 "Wellens is coming": dois padrões de isquemia raros que é fundamental reconhecer

IM n.º 0405 Apendagite epiplóica: uma causa rara de dor abdominal

IM n.º 0427 Coffee-bean sign na colite infeciosa?

IM n.º 0435 Uvulite infeciosa: uma apresentação rara de odinofagia no Serviço de Urgência

IM n.º 0447 Caso de atrofia holomedular

IM n.º 0451 Tuberculose pulmonar com destruição lobar extensa

IM n.º 0455 Metastização óssea exuberante

IM n.º 0475 Um caso de Pneumonite a Inibidor do Checkpoint Imune

IM n.º 0481 Síndrome de Chilaiditi

IM n.º 0482 Da dor torácica e sensação de hemiparesia ao diagnóstico de pneumomediastino

IM n.º 0493 Complicação rara de pancreatite necro-hemorrágica

IM n.º 0503 Amaurose bilateral progressiva

IM n.º 0506 Úlceras digitais secundárias a Esclerose Sistémica

IM n.º 0508 Carcinomatose Peritoneal

IM n.º 0527 Uma tiroide de cortar a respiração

IM n.º 0537 Síndrome de Anton

IM n.º 0541 Aplicação do quinto pilar do exame físico para confirmar a suspeita de trombose venosa profunda

IM n.º 0551 Cianose digital em contexto de crioglobulinémia– um desafio diagnóstico

IM n.º 0554 Impressionante imagem de rotura aneurismática em mulher hipertensa

IM n.º 0568 Meningite tuberculosa, um caso atípico inaugural

IM n.º 0590 Toxoplasmose cerebral - uma causa pouco frequente de cefaleia

IM n.º 0600 Nódulos subcutâneos: uma metastização rara de Adenocarcinoma Gástrico

IM n.º 0637 Quistos Hepáticos – Um achado acidental

IM n.º 0645 Comportamento altamente neuroendócrino

IM n.º 0649 Um caso de Monkey Pox

IM n.º 0652 Quando a doença poliquística hepática se tornou maligna

IM n.º 0662 Uma causa benigna de massa abdominal

IM n.º 0676 Crise convulsiva tónico-clónica generalizada como apresentação de pneumocéfalo extenso

IM n.º 0681 Colangiocarcinoma Intra- Hepático como Carcinoma Primário Oculto

IM n.º 0683 LEVANTA-TE E ANDA!

IM n.º 0686 Achado incidental de um grande quisto aracnóideu

IM n.º 0689 Tumor de Pancoast

IM n.º 0690 Pinça mesentérica - uma catástrofe imagiológica

IM n.º 0694 Lesões imagiológicas de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva

IM n.º 0698 Aspergiloma: Consequência pós tuberculose

IM n.º 0705 Varicela: apresentação sequelar

IM n.º 0709 Aneurisma Gigante da Artéria Carótida Interna

IM n.º 0711 O insustentável crescimento do ser

IM n.º 0723 Necrólise epidermóide tóxica associada ao cotrimoxazol

IM n.º 0734 Sindrome de Sweet

IM n.º 0735 Um nódulo pouco abençoado

IM n.º 0762 Doença Renal poliquística – Diagnóstico inaugural em fase tardia

IM n.º 0783 Arachnoid Web: um diagnóstico raro.

IM n.º 0790 Inocente até ao fim…

IM n.º 0793 Cistites de repetição: diagnóstico diferencial.

IM n.º 0804 Uma dor lombar que não vem só…

IM n.º 0819 Abcesso subfrénico com extensão torácica por hérnia de Morgagni

IM n.º 0825 Incidentaloma na gravidez, quando um Bem não vem só

IM n.º 0847 Sinal de Chilaiditi: Pneumoperitoneu… ou talvez não

IM n.º 0852 Uma Causa Rara de Alargamento Mediastínico

IM n.º 0853 Grande massa… grandes células

IM n.º 0861 Da paracentese à "cistocentese"

IM n.º 0864 Telangiectasia Hemorágica Hereditária: A relevância dos achados ao exame físico

IM n.º 0866 Um desafio radiológico - neoplasia versus derrame

IM n.º 0870 Não vale a pena chorar sobre pus derramado

IM n.º 0879 Dos males o menor

IM n.º 0892 Demência Rapidamente Progressiva: pistas imagiológicas

IM n.º 0893 Rash cutâneo por amoxicilina em doente com mononucleose infecciosa.

IM n.º 0898 Não sabe falar quem não sabe ouvir

IM n.º 0902 Síndrome de Horner Parcial Iatrogénica

IM n.º 0910 Pneumotórax hipertensivo, bolhas sem antecedentes

IM n.º 0915 A propósito de um caso de Abcesso Pulmonar

IM n.º 0918 Diagnóstico diferencial de Empiema Incipiente

IM n.º 0933 Padrão de winter

IM n.º 0938 Nódulo pulmonar cavitado em contexto de vasculite associada a ANCA

IM n.º 0939 Rara localização de tuberculoma

IM n.º 0942 Infecção do tracto urinário complicada em doente com doença renal poliquística

IM n.º 0945 Leucemia linfoblástica aguda T bifenotípica apresentando-se com volumosa massa mediastínica

IM n.º 0949 Pericardite aguda associada a pneumonia adquirida na comunidade

IM n.º 0959 Pseudomixoma do peritoneu – apresentação dramática

IM n.º 0960 Pneumomediastino Extenso Causado por Tratamento Dentário

IM n.º 0963 Estômago em melancia – causa rara de hemorragia digestiva alta

IM n.º 0965 Infeção pelo vírus Monkeypox

IM n.º 0968 Co-infeção pulmonar por Cryptococcus neoformans, Pneumocystis jiroveci e Citomegalovírus

IM n.º 0984 Uma ingestão invulgar...

IM n.º 0991 Hérnia do hiato como causa de insuficiência respiratória

IM n.º 0992 Dor lombar: uma apresentação atípica de doença linfoproliferativa

IM n.º 1013 Massas cranianas palpáveis

IM n.º 1023 A rare case of asymptomatic colpocephaly

IM n.º 1029 Do biperideno ao baurotrauma

IM n.º 1036 Uma tosse sem domicílio

IM n.º 1040 Serpenteando num pé alheio- Larva migrans cutânea

IM n.º 1051 Tumefação Suspeita

IM n.º 1069 UM OLHAR PARA O TROMBO NA BASILAR

IM n.º 1074 PEG com fungos: como agir?

IM n.º 1079 Afinal Havia Trombos!

IM n.º 1085 Apendagite Epiplóica: uma causa rara de dor abdominal

IM n.º 1087 PR de PeRicardite

IM n.º 1088 Olhar as P: a propósito de uma forma única de taquicardia

IM n.º 1097 Para além da Pneumonia – Mieloma Múltiplo em progressão

IM n.º 1098 Sinal de Chilaiditi – a importância do diagnóstico diferencial.

IM n.º 1106 Quando uma hipotensão esconde um pouco mais...

IM n.º 1114 Disfagia (i)lusória: O impacto de conhecer variáveis da normalidade com implicação clínica

IM n.º 1117 AVC isquémico como apresentação de disseção aórtica: quando a imagem muda a abordagem terapêutica

IM n.º 1122 O estudo baritado no Espasmo Distal do Esófago: A importância atual de um estudo antigo

IM n.º 1133 Meningioma em placa: um tumor á flor da pele

IM n.º 1139 Uma causa rara de dispneia

IM n.º 1149 Pseudo-obstrução por síndrome de Ogilvie

IM n.º 1150 Derrame pleural e pneumotórax paraneoplásico

IM n.º 1157 Schwanoma do nervo trigémeo – um diagnóstico acidental

IM n.º 1161 Sloughing esophagitis

IM n.º 1179 ESTÁ NA CARA!

IM n.º 1180 Lombociatalgia fatal- um caso clínico.

IM n.º 1182 Tumor carcinóide- apresentação inicial como lesão primária do mesentério.

IM n.º 1187 "Fungus Ball" em doente imunodeprimido

IM n.º 1201 Uma causa rara de trombose da veia jugular

IM n.º 1217 Cotrimoxazol: o relato de um efeito adverso conhecido

IM n.º 1220 Sequência short-long-short com indutora de fibrilhação ventricular

IM n.º 1221 Abcessos Pulmonares Múltiplos

IM n.º 1227 Nódulo da Irmã Mary Joseph – Um achado raro de doença neoplásica metastática

IM n.º 1229 Paralisia diafragmática unilateral

IM n.º 1250 ENDOCARDITE BACTERIANA: A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO MULTISSISTÉMICA

IM n.º 1253 Com muito tempero

IM n.º 1258 Varicela-zoster, a importância da imunização no adulto

IM n.º 1261 Lesões ungueais alaranjadas como manifestação dermatológica tardia de COVID-19

IM n.º 1275 Esofagite Herpética na DPOC

IM n.º 1280 Título: Fístula esófago-brônquica: uma complicação rara de radioterapia

IM n.º 1288 As raras (mas grandes) manifestações da Covid-19

IM n.º 1305 Adenocarcinoma Mucinoso Primário do Pulmão – o mais raro dos adenocarcinomas do pulmão

IM n.º 1309 Organomegalias abdominais – um caso de uma febre sem foco

IM n.º 1311 Síndrome de Ogilvie – um caso dramático por síndrome de Guillain-Barré

IM n.º 1324 Artrite reumatóide e síndrome vascular acral como síndrome paraneoplásica

IM n.º 1338 TUBERCULOSE MILIAR – AINDA UMA REALIDADE

IM n.º 1339 Quando tudo falha.. e agora?

IM n.º 1347 Omalgia – um sintoma inusitado para um diagnóstico raro.

IM n.º 1348 Onde estaria osso – um caso de osteomielite crónica.

IM n.º 1365 Cistite enfisematosa – uma intercorrência inesperada

IM n.º 1367 Quando o óbvio não faz o diagnóstico: uma imagem incomum de litíase biliar

IM n.º 1371 Elefantíase nostra verrucosa – a exuberância de uma condição multifatorial

IM n.º 1373 Fecalomas – Um caso exuberante de um problema prevalente no idoso frágil

IM n.º 1385 Migração gástrica de dispositivo intrauterino numa septuagenária

IM n.º 1388 Quando o bócio mergulhante… nos tira o fôlego!

IM n.º 1389 Aspergilose pulmonar invasiva: sinal do crescente aéreo

IM n.º 1408 A origem da febre

IM n.º 1413 Síndrome de May-Thurner: uma causa rara de uma condição frequente.

IM n.º 1428 Abcesso Pulmonar Obstrutivo

IM n.º 1431 A primeira pista para o diagnóstico de uma neoplasia

IM n.º 1441 Uma opacidade nebulosa

IM n.º 1445 Pneumomediastino secundário a procedimento de limpeza dentária

IM n.º 1463 PGEA (Pustulose generalizada exantemática aguda) a Amoxicilina

IM n.º 1479 Tromboembolismo Pulmonar (TEP) em Sela

IM n.º 1483 Síndrome Nutcracker

IM n.º 1486 Pericardite Constritiva Idiopática

IM n.º 1497 Quando o exame objetivo faz suspeitar um mau diagnóstico!

IM n.º 1503 Necrose Esofágica Aguda – Uma causa rara de uma queixa recorrente

IM n.º 1507 ABCESSO CERVICAL PROFUNDO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

IM n.º 1508 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM SELA: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

IM n.º 1519 EMBOLIA GASOSA – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

IM n.º 1527 Pneumomediastino

IM n.º 1532 Semiologia e suspeição clínica: a base do internista – a propósito de um caso de Síndrome de Ogilvie

IM n.º 1538 Penfigóide bolhoso: à melhor de três

IM n.º 1554 A dona da bola

IM n.º 1561 Um grão de café

IM n.º 1564 Baço meu, Baço meu, diz-me lá o que tenho Eu?

IM n.º 1570 Síndrome de Ogilvie associado a infecção por Sars-Cov-2

IM n.º 1586 Discrasia hemorrágica nutricional.

IM n.º 1618 Insuficiência cardíaca agudizada ou… dissecção da aorta?

IM n.º 1620 Abcesso profundo com conteúdo gasoso

IM n.º 1626 Um "grande" achado

IM n.º 1641 Linfangite Carcinomatosa: de uma radiografia alterada a uma doença avançada

IM n.º 1643 O desconforto que nem sempre é enfarte

IM n.º 1660 Inspeção ungueal no tratamento de Neoplasias Mieloproliferativas

IM n.º 1677 Abcessos hepáticos piogénicos – como tratar?

IM n.º 1690 Mesotelioma e cifoescoliose torácica

IM n.º 1704 Glioblastoma em borboleta - uma imagem faz o diagnóstico

IM n.º 1706 Coagulação catastrófica

IM n.º 1710 Síndrome de Achenbach - Hematoma Digital Espontâneo

IM n.º 1726 Fígado beaver tail - uma variante do normal

IM n.º 1730 Porfiria Cutânea Tarda – Uma Patologia Rara a Considerar Perante Refratariedade Terapêutica

IM n.º 1731 Síndrome Melkersson-Rosenthal – Manifestação Incomum Extra-intestinal de Doença de Chron

IM n.º 1734 O verdadeiro culpado desta largada de balões

IM n.º 1735 Um caso de Pielite enfisematosa

IM n.º 1748 Tuberculose, uma realidade a ter em atenção - Um diagnóstico sempre presente

IM n.º 1750 Aeroportia intra-hepática: uma emergência cirúrgica

IM n.º 1765 Macroglossia – uma apresentação atípica de infeção por SARS-CoV-2

IM n.º 1779 Sinal de Chilaiditi: um achado incidental

IM n.º 1793 Síndrome de Boerhaave – uma rara etiologia de dispneia

IM n.º 1808 UMA RADIOGRAFIA TORÁCICA DESAFIANTE

IM n.º 1828 Síndrome de Madelung

IM n.º 1830 Cavitação pulmonar por infeção por Mycobacterium avium complex

IM n.º 1832 Pneumomediastino em Doente com Pneumonia COVID-19

IM n.º 1840 QUISTOS RENAIS: UM FOCO HEMORRÁGICO E INFECCIOSO

IM n.º 1854 Um caso raro de seminoma mediastínico

IM n.º 1873 Um sinal aparentemente inofensivo

IM n.º 1881 Ecografia à cabeceira: complemento essencial a implementar - a propósito de um caso clínico

IM n.º 1882 Trombo da veia pulmonar direita à aurícula esquerda – a propósito de um caso clínico

IM n.º 1886 Pe^nfigo vulgar resistente a terape^utica imunossupressora com sobreinfeção bacteriana

IM n.º 1895 PURPLE (u)RAIN

IM n.º 1896 Urina verde, e agora?

IM n.º 1907 Diagnóstico inesperado de massa mediastínica

IM n.º 1914 UM RARO CASO DE UM TUMOR GIGANTE

IM n.º 1917 Uma "largada de balões" com final feliz

IM n.º 1922 Doença de Paget com atingimento craniano

IM n.º 1932 Dor torácica: uma causa improvável

IM n.º 1938 PARÉSIA DO XII PAR: UMA COMPLICAÇÃO DO MIELOMA MÚLTIPLO

IM n.º 1939 Síndrome de Leriche

IM n.º 1985 Ar no sítio errado

IM n.º 1987 Edema isolado do pénis – a propósito de um caso clínico

IM n.º 1989 Herniação inguinoscrotal: herniação da bexiga para o escroto

IM n.º 1990 Síndrome de Eisenmenger em doente com transposição dos grandes vasos

IM n.º 2008 Bullosis diabeticorum

IM n.º 2012 Hemocromatose hereditária com deposição no sistema nervoso central

IM n.º 2015 Pneumomediastino iatrogénico por ventilação não invasiva

IM n.º 2030 Fibrinólise no Tromboembolismo pulmonar de risco intermediario

IM n.º 2031 Bronquiectasias

IM n.º 2037 Pneumomediastino em doente Covid-19

IM n.º 2052 Neoplasia da mama - um caso de negação

IM n.º 2058 Metastases cutaneas na neoplasia da mama - uma raridade de uma neoplasia frequente

IM n.º 2064 Lesões de Janeway numa meningoencefalite a denunciar uma endocardite

IM n.º 2078 Tuberculose Miliar no adulto imunocompetente

IM n.º 2082 Congenital adrenal insufficiency – importance of a complete physical examination

IM n.º 2096 Calcificações na região cervical numa radiografia torácica - que diagnóstico?

IM n.º 2097 O prurido não é todo igual

IM n.º 2098 RMN no diagnóstico da doença de Creutzfeldt - Jacob

IM n.º 2099 Mesotelioma Pleural

IM n.º 2102 Endocardite Infeciosa: Lesões de Janeway e Nódulos de Osler

IM n.º 2103 Silicose Pseudotumoral

IM n.º 2104 Por trás de uma lombalgia

IM n.º 2108 Antes da rotura

IM n.º 2110 O parece simples nem sempre é: um caso de engasgamento

IM n.º 2120 A dor estava nos quistos

IM n.º 2161 Estase esofágica: fator de risco importante para pneumonia de aspiração

IM n.º 2168 Uma Endocardite Inesperada – A importância da ecografia Point of Care no Serviço de Urgência

IM n.º 2173 Infiltrado Pulmonar de Causa Biliar

IM n.º 2175 Telescoping fingers

IM n.º 2182 Pielonefrite obstrutiva e o diagnóstico incidental

IM n.º 2185 O megaestômago

IM n.º 2191 Uma imagem que paralisa – quando a paraparésia é um sinal tardio do adenocarcinoma endometrial

IM n.º 2197 Septic shock caused by Streptococcus gallotyticus in a hemodialysis patient

IM n.º 2204 Síndrome da Malformação Cavernomatosa Múltipla Familiar

IM n.º 2214 Uma causa rara de choque

IM n.º 2215 Carcinoma Espinocelular: feridas malignas - a importância dos Cuidados Paliativos

IM n.º 2220 O que esconde uma osteoartrose

IM n.º 2226 Opacidade pulmonar, um caso de carcinoma de primário oculto metastizado

IM n.º 2227 Infecção Disseminada a Herpes Zoster

IM n.º 2240 Um caso de esplenia dispersa

IM n.º 2250 Um caso raro de Rhupus com apresentação atípica

IM n.º 2254 Um caso raro de trombose séptica do seio lateral

IM n.º 2260 Um simples caso de carcinoma do rim?

IM n.º 2274 Enfarte renal após procedimento de reparação endovascular em doente com shaggy aorta

IM n.º 2275 “Uma viagem pela língua” - um caso de língua geográfica

IM n.º 2276 Fecalomas

IM n.º 2277 Achado insólito como causa de obstrução brônquica

IM n.º 2280 Um retrato de púrpura trombocitopénica imune

IM n.º 2288 Cavitação de etiologia neoplásica

IM n.º 2292 Imagem a não esquecer – A propósito de um caso de dermatomiosite

IM n.º 2294 Covid 19...também na pele?

IM n.º 2295 Síndrome de Chilaiditi: uma causa rara de dispneia

IM n.º 2301 O Terrível Linfoma

IM n.º 2306 Cavitação pulmonar iatrogénica após tentativa de intubação nasogástrica

IM n.º 2307 Hepatocarcinoma - uma apresentação atípica

IM n.º 2310 Largada de balões no cerebro?!

IM n.º 2312 Nem todo o quadro de ortopneia e edema periférico é IC descompensada

IM n.º 2313 Apresentação atípica de dermatite de contacto

IM n.º 2314 Lesões cutâneas num Doente Imunodeprimido – um diagnóstico clínico

IM n.º 2317 Carcinoma da faringe metastizado – diagnóstico a olho nu

IM n.º 2318 Neurocisticercose

IM n.º 2323 O diagnóstico na palma da mão – a propósito de um caso clínico de psoríase de início tardio

IM n.º 2327 Metastização dramática – a primeira manifestação de uma neoplasia prostática

IM n.º 2332 Líquen esclero-atrófico vulvar: um diagnóstico incidental

IM n.º 2333 Nódulo de Sister Mary-Joseph – um sinal de alerta para doença avançada

IM n.º 2345 Síndrome da Veia Ovárica: um achado acidental

IM n.º 2359 VASCULITE MPO-ANCA - UM OUTRO OLHAR SOBRE O PULMÃO

IM n.º 2366 Da cavitação ao adenocarcinoma

IM n.º 2383 Hipocoagulação e comorbilidades: um equilíbrio frágil

IM n.º 2391 Hidatidose Humana – Uma realidade longínqua?

IM n.º 2392 Angioedema Induzido por Lisinopril

IM n.º 2396 Basocelular intracraniano

IM n.º 2397 Lesão pulmonar cavitada: nem tudo é tuberculose

IM n.º 2401 Lesões Cutâneas secundárias a Hidroxiureia

IM n.º 2402 Sinal de Milian – erisipela com envolvimento do pavilhão auricular

IM n.º 2410 Mississipi mud – red flag

IM n.º 2414 A importância da ecografia à cabeira do doente numa enfermaria de Medicina

IM n.º 2426 Queimadura solar... e não só!

IM n.º 2446 Uma manifestação pós-vacinal

IM n.º 2449 Síndrome de Enfisema - Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI)

IM n.º 2460 Toxidermia exantemática por contraste iodado endovenoso em doente com poroqueratose actínica

IM n.º 2476 Da taquicardia ao trombo cardíaco.

IM n.º 2481 Oleotórax- uma opção terapêutica perdida no tempo

IM n.º 2483 Artrópodes: uma causa pouco estética de Cirurgia Plástica

IM n.º 2484 De hiperglicemia a mediastinite

IM n.º 2485 Leishmaniose cutânea, entidade rara em Portugal

IM n.º 2507 Hemorragia Alveolar Difusa: Uma rara complicação de Lúpus Eritematoso Sistémico

IM n.º 2512 Asbestose

IM n.º 2516 Cancro do pulmão: uma imagem diferente

IM n.º 2529 Mordedura de língua infetada

IM n.º 2530 Rara causa do edema periorbitário

IM n.º 2543 Padrão de Fahr - Incidentaloma ou Previsão do Futuro?

IM n.º 2550 Rotura de aneurisma da artéria esplenica

IM n.º 2580 Um olhar atento sobre a Síndrome de Tolosa-Hunt

IM n.º 2602 Mal de Pott

IM n.º 2603 Tuberculose um tema atual

IM n.º 2607 Quando o que parece não é

IM n.º 2613 AVC isquémico holohemisférico em doente com variação anatómica vascular

IM n.º 2615 NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA - UMA COMPLICAÇÃO RARA DO ALOPURINOL

IM n.º 2618 Angiopatia Amiloide Cerebral: uma contraindicação para hipocoagulação?

IM n.º 2620 Múltiplas hérnias volumosas: um caso atípico

IM n.º 2630 Obstrução gradual da via aérea

IM n.º 2636 "O que dizem os teus olhos?"

IM n.º 2639 Com a amónia na cabeça!

IM n.º 2642 Teratocarcinoma Embrionário: uma causa incomum de dor lombar

IM n.º 2650 Cerebrite e perda auditiva, raridades na doença pneumocócica disseminada.

IM n.º 2682 Um mal nunca vem só

IM n.º 2683 Tuberculose ganglionar incidental

IM n.º 2694 Quais são os fatores de risco

IM n.º 2700 Uma tetraparésia estafilocócica

IM n.º 2702 Costelas em falta, e agora?

IM n.º 2713 Ectasia Vascular do Antro – Uma causa de Anemia

IM n.º 2727 Metástase óssea evidenciado no radiografia

IM n.º 2729 TC tórax pós vacina, o que esperar?

IM n.º 2737 Massa mediastínica: o desafio etiológico

IM n.º 2761 Anticoagulado, antiagregado e com distúrbio protrombótico, só faltava hematoma subdural

IM n.º 2762 Hiperdensidade tomográfica identificada à primeira vista

IM n.º 2766 Lesão renal obstrutiva por fecaloma volumoso – um caso insólito

IM n.º 2767 Exuberante Hepatomegalia em doente sem contacto com cuidados de saúde

IM n.º 2768 Eritema ab igne

IM n.º 2773 Contratura muscular do trapézio - uma artrite sética mascarada.

IM n.º 2775 Adenocarcinoma do pulmão como causa de falência cardíaca

IM n.º 2786 Varicela no Idoso imunodeprimido

IM n.º 2795 Abcesso do iliopsoas associado a infeção da endoprótese de aneurisma aórtico abdominal

IM n.º 2798 Uma forma rara de reativação do vírus Varicela-Zoster

IM n.º 2799 Fasceíte Necrotizante - Uma cenário de mau prognóstico

IM n.º 2802 Largada de balões – A primeira manifestação de uma neoplasia

IM n.º 2811 Neoplasia pancreática metastizada em doente quadragenário

IM n.º 2838 Síndrome de DRESS

IM n.º 2844 TÍTULO:URINA ROXA – UM FENÓMENO RARO

IM n.º 2848 Onde estão os Pulmões?

IM n.º 2855 Osteolitíase no mieloma múltiplo

IM n.º 2857 Metamizol a mais - Ectima gangrenoso por agranulocitose secundária ao metamizol

IM n.º 0001

Mieloma Múltiplo: achados imagiológicos típicos a reconhecer

Bruno Besteiro(1);Carina Teixiera(1);Sofia Pereira(1);Claudemira Pinto(1);Joana Tender Vieira(1);Maria Inês Matos(1);Maria Teresa Brito(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças hematológicas

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 75 anos, com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 sem lesão de órgão alvo e obesidade mórbida. Admitida por lesão renal aguda e hipercalcemia para estudo. Por suspeita de Mieloma Múltiplo (MM) iniciou estudo dirigido tendo realizado radiografia do esqueleto axial que demonstrou múltiplas áreas lucentes dispersas pelos vários segmentos ósseos abrangidos, nomeadamente na calote craniana (Fig.1) assim como nas diáfises do úmero direito e fémur esquerdo (Fig.2). A ressonância magnética documentou a presença de fraturas compressivas de múltiplos corpos vertebrais (Fig.3). Posteriormente, o diagnóstico de MM foi confirmado após a realização de biópsia medular. Os autores pretendem com as imagens alertar os clínicos para o reconhecimento precoce dos achados imagiológicos característicos de MM.

IM n.º 0009

Sarcoma de Kaposi Clássico – Um diagnóstico "incidental"

Margarida g. Coelho(1);Sandra Raquel Sousa(1);Cátia m. Loureiro Pereira(1);Elisabete Pinelo(1)
(1) CH NORDESTE - BRAGANÇA

Tema: Doenças oncológicas

O SK clássico, mais comum em homens idosos de origem mediterrânica, carateriza-se por ser indolente e pela presença de máculas violáceas distais dos membros. Doente 75 anos, com antecedentes:HTA, dislipidemia, obesidade e ex-tabagismo. Objetivamente:placas e pápulas de cor vinosa na face interna do pé(Fig.1) e na face medial e região palmar da mão(Fig.2). Estas alterações cutâneas 2 anos antes, motivando recorrência aos serviços de saúde e realizando terapêutica tópica sem melhoria.Analitica:ferropenia, sem avitaminoses; VIH1+2,VHC,VHB, outras serologias viricas e bacterianas, estudo imune e estudo de população linfocitária, body-TC, broncoscopia, EDAeEDB sem alterações.A biópsia cutânea foi compatível com SK.Doente foi orientado para centro de Oncologia.Este caso pretende alertar para a importância da suspeição de SK, perante alterações cutâneas típicas.

IM n.º 0012

Imunodeficiência grave na era dos antirretrovíricos – uma complicação incomum

Leonor Silva(1);Renata Monteiro(1);Carlos Azevedo(1);Filipa Borges Santos(1);Margarida Mota(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 54 anos, diagnosticado com VIH em 2004, sem adesão terapêutica. Recorre à urgência por tumefação mandibular de crescimento progressivo no último mês, dolorosa, dificultando a alimentação com perda ponderal de 3Kg. Sem febre ou hipersudorese. Apresentava-se emagrecido (IMC 16,5Kg/m2) com volumosa tumefação mandibular esquerda e hálito fétido. Na cavidade oral observada massa irregular esbranquiçada envolvendo a arcada alveolar inferior e região sublingual esquerdas com atingimento do lábio inferior. Analiticamente com 56 CD4 e carga vírica de 271.000cópias/mL. A TC demonstrou neoformação (6x9cm) envolvendo a mandibula esquerda, com destruição da arcada alveolar e invasão do musculo bucinador e masséter esquerdo. A biopsia revelou linfoma não-hodgkin plasmablástico, um linfoma raro da cavidade oral, mais comum em doentes com imunodeficiência grave.

IM n.º 0048

Growing outside the box

Carla Araujo Costa(1);João Pacheco Pereira(1);Carla Sofia Pereira(1);Rita Vitória Jorge(1);Andreia Fonseca Barbosa(1);Carlos Meneses-Oliveira(1);Carlos Simões Pereira(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

A presença de plasmócitos monoclonais fora da medula óssea (Mieloma Múltiplo extra-medular) constitui uma situação pouco frequente, 7-18% de todos os Mielomas Múltiplos (MM).
Homem de 83 anos, com história de MM e epilepsia, internado por fratura patológica do fémur e úmero direitos, corrigidas cirurgicamente. No exame físico observaram-se massas com extensão às partes moles na mandíbula, parede torácica anterior e arcos costais, não biopsadas por recusa do doente, perante o diagnóstico prévio de MM na biopsia óssea. Iniciou dexametasona, sem melhoria.
A presença de lesões extra-medulares de MM associa-se a pior prognóstico, dada a pior resposta ao tratamento. Por isso, o screening é fundamental em cada consulta. Para o diagnóstico diferencial entre plasmocitoma e MM extra-medular é obrigatória a realização de mielograma e biópsia óssea.

IM n.º 0060

Insuficiência cardíaca materna

Diogo Duarte Dias(1);Andreia Bernardino(1);Bruno Piçarra(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

INTRODUÇÃO: Puérpera, 30 anos, parto eutócico há dois meses, Gesta 2 Para 2. Antecedentes de doença reumática auto-imune e encerramento de comunicação inter-auricular percutânea. Recorreu à urgência por clínica de insuficiência cardíaca congestiva. Em radiografia torácica com cardiomegalia e sombra cardíaca esférica. Em ecocardiograma apresentava ventrículo esquerdo de aspeto esférico e de paredes finas, hipocinesia global, má função sistólica global, regurgitação mitral grave e dilatação auricular. Considerou-se hipótese de miocardiopatia peri-parto, como mais provável dado persistência de má função durante o internamento. Demonstra-se a importância da ecografia à cabeceira do doente na marcha diagnóstica inicial dos doentes.

IM n.º 0061

Massa intra-ventricular: apresentação atípica de linfoma

Diogo Duarte Dias(1);Ana Rita Ribeirinho(1);Mercedes Angundez(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças hematológicas

INTRODUÇÃO: Homem, 73 anos, sem antecedentes de relevo. Foi encaminhado à urgência por história de cansaço com um mês de evolução e derrame pericárdico em ecografia de ambulatório. Em tomografia torácica também de ambulatório apresentava lesão neoformativa hilar direita envolvendo vasos e com extensão ao mediastino. Realizou novo ecocardiograma na urgência confirmando derrame volumoso e massa de aspeto heterogénio no sulco auriculoventricular com 30mm de maior eixo. Biópsia da massa mediastínica revelou linfoma B de pequenas células, assumiu-se provável metastização intraventricular. Dada localização da doença, cumpriu primeiro ciclo de quimioterapia em internamento pelo risco de síndrome de lise tumoral. Doente acabou por falecer sem completar os ciclos de quimioterapia.

IM n.º 0070

Erosões ósseas exuberantes em doente com Artrite Reumatóide

Ana sá(1);Bárbara Oliveira(1);Álvaro Ferreira(2);Fátima Farinha(2)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

As manifestações de Artrite Reumatóide (AR) podem variar desde poliartrite ligeira até poliartrite progressiva e destrutiva. As imagens radiológicas apresentadas, de uma doente de 51 anos com AR seropositiva (ACCP+), demonstram extensas alterações erosivas destrutivas dos punhos, articulações MCF, IFP e MTF. Esta doente era seguida em consulta particular e apresentava clínica com cerca de 15 anos de evolução. Esteve previamente medicada com sais de ouro, corticóide, AINE e MTX oral. Iniciou etanercept com resposta parcial, tendo apenas atingido a remissão com baricitinib. É fundamental o rápido reconhecimento de formas graves e agressivas de AR, para evitar a progressão para dano ósseo irreversível, deformante e incapacitante.

IM n.º 0072

Embolia gasosa massiva

Flávia Fundora Ramos(1);Luis Augusto Cardoso(1);Catarina Pinto Silva(1);Cristina Marques(1);Elsa Gonçalves(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A embolia gasosa é uma complicação rara mas potencialmente fatal que pode resultar de vários procedimentos médicos. Apresenta-se o caso de uma doente de 66 anos, com antecedentes de neoplasia da mama, sob quimioterapia por cateter venoso central (CVC) na veia subclávia direita. Admitida na sala de emergência por choque de etiologia não esclarecida. Realizada tomografia axial computadorizada que mostrou ar no ventrículo direito e múltiplas estruturas vasculares. A doente evoluiu em paragem cardio-respiratoria e, apesar das medidas instituídas, veio a falecer. A embolia gasosa foi interpretada como provável complicação do uso do CVC. Com este caso pretende-se salientar a importância desta entidade clínica como complicação de procedimentos médicos comuns.

IM n.º 0084

Síndrome de Crowned Dens, uma cervicalgia pouco frequente

Natália Nunes Teixeira(1);Maria Inês Santos(1);Ana Rita Paulos(1);Luís Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Doente do sexo feminino, 77 anos, com cervicalgia de características mecânicas com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava rigidez da nuca. Constatada elevação dos parâmetros inflamatórios e velocidade de sedimentação 82 mm/1ª. Estudo autoimune e rastreio infecioso sem alterações. Tomografia cervical mostrou alterações degenerativas na articulação atlanto-axoideia, com espessamento e halo de calcificação peri-odontoide. Estes achados são característicos da síndrome de crowned dens, entidade rara, caracterizada pela deposição de cristais de pirofosfato de cálcio em torno do processo odontoide. É caracterizada por cervicalgia, rigidez do pescoço e elevação dos marcadores inflamatórios. O diagnóstico diferencial é feito com condições reumáticas inflamatórias, meningites e neoplasias. O tratamento é com anti-inflamatórios não esteroides.

IM n.º 0085

O retrato de uma massa exuberante

Natália Nunes Teixeira(1);Maria Inês Santos(1);Ana Rita Paulos(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo feminino, de 68 anos, que recorreu ao serviço de urgência por astenia e dor não controlada. Apresentava penso na região do dorso, com muita reticência na observação do mesmo. Verificou-se lesão exofítica exuberante com exame histopatológico compatível com melanoma. O estadiamento imagiológico revelou doença em estádio avançado pluri-metastizado (metástases ósseas e cerebrais). Devido à extensão local da doença e à idade e estado geral da doente, optou-se por terapêutica best supportive care.

IM n.º 0087

Disseção aórtica tipo I de DeBakey / tipo A de Stanford

André Oliveira Pereira(1);Ana Costa(1);Magda Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 50 anos, antecedentes de obesidade, trazido ao serviço de urgência por toracalgia de início súbito, seguida de síncope, e vómito de conteúdo alimentar, associada a coxalgia direita. À admissão, persistência das queixas. Objetivamente, perfil hipertensivo, sudorese e palidez. Do estudo realizado, ecocardiograma transtorácico com presença de dilatação da aorta ascendente (~40mm), válvula aórtica de morfologia anormal; tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica com evidência de dissecção aórtica com início na porção pós-valvar do segmento ascendente, com extensão para tronco braquiocefálico e subclávia esquerda, aorta abdominal e ilíacas. Verificou-se também envolvimento do tronco celíaco, artérias renais e mesentérica superior. A disseção aórtica é uma condição ameaçadora de vida que exige um elevado grau de suspeição clínica.

IM n.º 0106

UMA CAUSA IMPROVÁVEL DE DISPNEIA?

Joana Vasconcelos(1);Andreia Mandim(1);Maria Eduarda Martins(1);Raquel Moreira Cruz(1);Sara Moreira Pinto(1);Filipa Azevedo(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Os autores relatam o caso de uma mulher de 94 anos que recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, dispneia para pequenos esforços, rinorreia e fadiga com dois dias de evolução. Objetivamente apresentava-se taquipneica com saturação de oxigénio de 93% com cânula nasal a 1 litro por minuto e auscultatoriamente com alguns sibilos bilaterais e roncos dispersos no campo pulmonar esquerdo. Do estudo realizado, a destacar insuficiência respiratória tipo I, pesquisa de vírus Influenza A positiva e raio-X de tórax a mostrar câmara de ar gástrica, compatível com hérnia do hiato esofágico, já conhecida.
Com esta imagem pretendemos relembrar a implicação que as hérnias do hiato de grandes dimensões podem ter, sendo que em contexto agudo podem agravar a clínica de dispneia dos doentes, reforçando a importância que a sua deteção precoce pode ter na sua resolução.

IM n.º 0112
Onde está o pulmão?

Cátia Margarida Teixeira(1);Marta Amaro(1);Alexandra Dias(1);Aurora Duarte(1)
(1) CHMT – H Tomar

Tema: Medicina geriátrica

Homem de 72 anos que recorre ao serviço de urgência por dor torácica de características pleuríticas, após queda da própria altura. A admissão estava confuso, auscultação pulmonar com murmúrio diminuído à esquerda. Levantou-se a possibilidade de existir um hemotórax e realizou uma radiografia do tórax. Analiticamente: leucitose 18.000x10~9/L, com neutrofilia e PCR 38g/L. TC Tórax: volumoso derrame pleural esquerdo, com sinais de organização. Realizada toracocentese com saída de líquido amarelo, com 1800cel/mm3, dos quais 70% polimorfonucleares, pH 7.3, glicose 52, LDH 1069. Esta imagem demonstra a importância de esclarecer o quadro clínico e reconhecer os sindromes geriatricos. Ainda que o motivo da vinda a urgência tenha sido uma queda, o que causou este quadro foi uma pneumonia não tratada, a qual deixou o doente mais débil e confuso, por sua vez levando a queda.

IM n.º 0118

Opacidade peri-cardiaca à direita

SARA FONTAINHAS(1);Barbara Baptista(1);Maria Inês Bertão(1);Sonia Campelo Pereira(1);Susana Travassos Cunha(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher de 66 anos, com antecedentes de osteoporose e hipercolesterolemia, recorreu ao Serviço de Urgência por dorsalgia esquerda com 3 semana de evolução e sensação de dispneia há um dia. O exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Realizou- se Rx-Torax que mostrou imagem nodular paracardíaca diteita. Para esclarecimento, realizou-se tomografia computorizada que revelou: adjacente ao contorno direito cardíaco, identifica-se a presença de formação de tipo quístico, medindo cerca de 47 x 13 mm de maior diâmetro antero-posterior e transversal, sugestivo de quisto pericárdico. Fez Ecocardiograma que não revelou outras alterações e tem feito seguimento regular em Consulta de Medicina Interna, assintomática e sem aumento significativo da lesão

IM n.º 0120

Pioderma gangrenoso – manifestação de Leucemia mieloide aguda

Joana Freitas Ribeiro(1);Ana Matos(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Tema: Doenças hematológicas

Homem, 55 anos, fumador, sem outros antecedentes ou toma de medicação. Recorreu à urgência após encaminhamento de laboratório por trombocitopenia grave, referia apenas aparecimento de equimoses com facilidade nos últimos 3 meses. Sem alterações ao exame físico. Analiticamente com pancitopenia grave. Estudo analítico com serologias víricas negativas e défice de ácido fólico e vitamina B12. Sem resposta a reposição diária dos últimos ao fim de 14 dias, tendo realizado mielograma com diagnóstico de leucemia mieloide aguda morfologicamente mielomonocítica. Apresentou lesão circular, violácea, com cerca de 4cm na região axilar esquerda com achados histopatológicos de dermatose neutrofílica compatível com pioderma gangrenoso.

IM n.º 0121

Dispneia aguda de causa esofágica

Joana Freitas Ribeiro(1);Ana Matos(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE / Abrantes

Tema: Doenças respiratórias

Mulher, 82 anos, história de síndrome demencial medicado. Encaminhada à Urgência por quadro de dispneia com poucas horas de evolução. Objetivamente destacava-se polipneia com necessidade de oxigenoterapia suplementar a 15L/min, extremidades frias e enfisema subcutâneo a nível supraclavicular e metade superior do tórax bilateralmente. Gasimetria com acidemia respiratória e hiperlactacidemia. Realizou tomografia computorizada de tórax a revelar exuberante enfisema subcutâneo da região cervical com extensão à parede torácica anterior, coexistindo pneumomediastino e grande quantidade de ar e água a ladear o esófago distal com descontinuidade da parede nesse nível, sendo a rotura do esófago a possível causa do quadro.

IM n.º 0132
A Medicina e a Arte

Carmo Teixeira da Mota(1);Angélica de Freitas e Lopes(1);Teresa Moitinho de Almeida(1);Inês Almeida Lourenço(1);m Joana Alvarenga(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Outro

Mulher, 83 anos, neoplasia do útero em 1999. Submetida a histerectomia total e radioterapia com sequelas de uretero-hidronefrose bilateral, fístula vesico-intestinal e cistite rádica, e posterior necessidade de criação de “neo-bexiga” com segmento de íleon. Estas alterações anatómicas, visíveis em tomografia computorizada, fizeram-nos recordar o famoso quadro O Grito, do pintor norueguês Edvard Munch. Pelas suas formas distorcidas e cores intensas, a figura em destaque no quadro transmite-nos inquietação, dor, angústia. Um estado de espírito em muito semelhante ao da doente, que ficou marcada por dor pélvica crónica, infecções urinárias/vaginais de repetição e incontinência, com impacto importante na sua funcionalidade e qualidade de vida.

IM n.º 0160

O que pode esconder uma massa hepática?

Dra. Olga Korobka(1);Mafalda Ferreira(1);Filipa Leitão(1);Catarina Forra(1);João Freixo(1);Fernanda Ventura(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Doenças oncológicas

M.A. sexo feminino, 75 anos.
Há 3 meses astenia, anorexia e emagrecimento de >10kg, saciedade precoce, e dor abdominal no quadrante superior direito de características inespecificas.
À observação: bom estado geral, abdómen com hepatomegalia dolorosa à palpação 10 cm abaixo do rebordo costal, consistência pétrea e bordo rombo.
Analiticamente: anemia, trombocitose, elevação de PCR, GGT, FA e LDH, marcadores tumorais NSE e CA-125 positivos.
TC abdomino-pélvica – volumosa lesão heterogénea na região inferior do fígado com 14x10 cm sugestivo de lesão neoformativa. Biopsia da massa hepática - carcinoma neuroendocrino de grandes células. PET revelou áreas hipodensas e intensamente hipermetabolicas no parênquima hepático, com volumosa massa na vertente inferior.
Evolução desfavorável culminando em óbito.

IM n.º 0161

Anatomia de um AVC

Carina Costa e Silva(1);Andreia Ferreira(2);Carla Ferreira(2);José Nuno Alves(2)
(1) Hospital Santa Maria Maior (2) Hospital de Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A distribuição das fibras do tracto corticoespinhal determinam uma representação motora frontal parassagital do membro inferior, área suprida pela Artéria Cerebral Anterior (ACA). Oclusões deste vaso podem cursar com défices crurais contralaterais.
Homem de 81 anos, autónomo, com múltiplos fatores de risco vascular, recorreu ao serviço de urgência por diminuição da força dos membros esquerdos com cerca de uma hora de evolução. Apresentava hemiparesia esquerda de predomínio crural (membro superior grau 4+ e membro inferior grau 1), sem outros défices neurológicos (NIHSS 6). Realizou angiotomografia cerebral que, numa análise retrospectiva, documentou oclusão distal da ACA direita e da artéria carótida interna esquerda. Submetido a trombólise com reversão completa dos défices.

IM n.º 0168

Enfarte da artéria de Percheron: um diagnóstico desafiante

Henrique Coimbra Queirós(1);Diogo Damas(1);Gustavo Santo(1);Ricardo Veiga(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem, 89 anos, sem antecedentes relevantes, com quadro súbito de flutuação do estado de consciência. Ao exame neurológico com parésia do olhar vertical e hemiparesia direita. O estudo inicial por TC-CE não apresentou lesões vasculares recentes com tradução imagiológica.
Realizou TC-CE de controlo após 7 dias que revelou lesões talâmicas bilaterais e mesencefálica esquerda compatíveis com lesões vasculares isquémicas em relação com enfarte da artéria de Percheron, uma variante anatómica rara das artérias tálamo-perfurantes em que um ramo principal irriga bilateralmente os núcleos paramedianos do tálamo e porção rostral do mesencéfalo.
A apresentação clínica é variável, sendo que alterações do estado de consciência e da oculomotricidade são pistas diagnósticas. O estudo de imagem inicial é frequentemente normal, tornando desafiante o diagnóstico desta entidade.

IM n.º 0178

Afinal não era Epilepsia

Rita Diz(1);Helena Maurício(1);José Brizuela(1);João Lagarteira(1);Micaela Sousa(1);Sara sá(1);Rita Pera(1);Elisabete Mendes(2)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste (2) MEDICINA - HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Tema: Doenças cardiovasculares

Doente sexo feminino, 82 anos, levada ao SU por episódio de síncope de curta duração, com incontinência de esfíncteres.
Tinha episódios repetidos de síncopes desde 6 dias antes, tendo iniciado Levetiracetam 250mg 2id, sem melhoria.
Ao exame objetivo hipotensa (TA 86/56 mmHg), bradicárdica (FC 25-48 bpm), com auscultação cardíaca arrítmica, sem outras alterações.
Analítica e gasimetricamente sem alterações de relevo. Radiografia torácica com cardiomegalia, com bloqueio A-V completo no ECG.
Medicada com isoprenalina, em perfusão com aumento progressivo, sem melhoria.
Foi transferida para o Serviço de Cardiologia, onde foi implantado um pacemaker sem intercorrências, com alta passados 2 dias.
Este caso realça a importância da realização de ECG em todas as síncopes de modo a descartar causas cardiogénicas, mesmo quando a etiologia parece óbvia.

IM n.º 0182

Lesão ocupante de espaço cerebral - nem sempre é cancro!

Inês Santos(1);Maria Inês Simão(1);Maria João Lúcio(1);Catarina Cabral(1);Joana Alves Vaz(1);Maria Manuela Soares(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Sexo masculino, 77 anos, autónomo, valvulopatia aórtica com prótese mecânica aórtica. Apresentou quadro de afasia global, sem outras alterações no exame neurológico. Realizou TC de crânio que documentou área de edema fronto-insular subcortical esquerdo, correspondendo a edema vasogénico, existindo aparente lesão nodular na transição cortico-subcortical esqueda com cerca de 12mm, correspondendo a provável depósito secundário (figura 1). Realizou exérese da lesão cerebral, excluindo a hipótese de neoplasia, por isolamento de Spretococcus intermedius, assumindo-se diagnóstico de abcesso cerebral (imagem 2). Verificou-se posteriormente diminuição de dimensões de lesão cerebral e edema (figura 3) compatíveis com a boa progressão do doente.

IM n.º 0185

Doença de Camurati-Engelmann

Odete Duarte(1);Diogo Alves Leal(1);Sónia Moreira(2);Helder Esperto(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças raras

A doença de Camurati-Engelmann (DCE) é uma doença genética, autossómica dominante causada por uma mutação no gene TGFB1. Caracteriza-se por um aumento marcado da densidade mineral óssea, sobretudo nos ossos longos e crânio. Manifesta-se desde a infância com dores nos membros inferiores, desequilíbrio e fraqueza muscular. O risco de fratura está muito aumentado. Não existe tratamento específico... mas utilizam-se frequentemente corticosteroides.
Apresentam-se dois casos, de duas mulheres da mesma família, A e B, de 22 e 58 anos, que ilustram a DCE e permitem avaliar a sua evolução radiológica. Nas imagens é possível verificar hiperostose cortical marcada que atinge sobretudo os fémures, úmeros e base do crânio, poupando o esqueleto axial.

IM n.º 0193

Uma queda fatal: fratura cervical traumática

Mafalda Duarte(1);Joana Baptista Paulo(2);Marta Mendes Lopes(2);Marta Fonseca(2);Abelcineyd Viegas Camble(2);Vasco Tiago(2)
(1) MEDICINA 2 - HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA - AMADORA/SINTRA (2) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 77 anos, com história prévia relevante de psoríase e hábitos alcoólicos, foi levado ao hospital por queda com dor exuberante na região cervical e parestesias nos membros inferiores. À admissão com Glasgow Coma Score 3, hipotensão, bradicardia e bradipneia; realizou TC do crânio e TC com angiografia da coluna cervical que revelaram “fratura do corpo e pedículos de C5, apófises articulares superiores e apófises articulares inferiores de C4; deslizamento posterior de C4 sobre C5 com redução do espaço intracanalar e compressão da medula”. Foi transferido para a neurocirurgia que realizou artrodese C3 a C7, laminectomia C3 a C6 e remoção de hematoma epidural subagudo. Apesar da cirurgia ter decorrido sem intercorrências, o doente evoluiu desfavoravelmente, mantendo-se sempre com GCS inferior a 5 e impossibilidade de extubação, acabando por falecer.

IM n.º 0194

Mixedema Iatrogênico

Elisabete Dulce Mendes(1);Filipa Catarro(1);Augusto António Mendonça(1);Sócrates Vargas Naranjo(1);Isabel Soles(1)
(1) MEDICINA - HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Mulher de 86 anos de idade. Antecedentes de hipertiroidismo, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca, depressão e doença pulmonar obstrutiva crónica. Polimedicada destacando o tratamento de hipertiroidismo com metabisol.
Foi trazida ao serviço de urgência por apresentar edema facial e da língua, dificuldade na deglutição e dessaturação.
Ao exame objetivo encontrava-se vígil, pouco colaborante e com dificuldade em comunicar. Edema exuberante da face, pálpebras e língua. Mucosas descoradas e desidratadas.
Analiticamente destaca-se TSH de 88,86 µUI/mL, T4 livre de 1,4 pmol/L.
Assumiu-se o diagnóstico de mixedema grave iatrogénico.
Os doentes idosos com hipertiroidismo sob metibazol são mais suscetíveis à iatrogenia do tratamento cujo excesso do fármaco pode provocar hipotiroidismo iatrogénico grave.

IM n.º 0203

De tofo em tofo se enche o corpo

Rita Soares(1);Joana Cunha(1);Ana Gomes(1);Eurico Oliveira(1);Joana Marques(1);Nuno Monteiro(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A gota ocorre na presença de cristais de urato monossódico (UMS) nas articulações, ossos e tecidos moles. A hiperuricemia aliada a fatores genéticos, metabólicos e imunológicos contribuem para a inflamação crónica nestes tecidos, que leva à erosão óssea, destruição de cartilagem e lesão articular condicionando limitação motora, por vezes, grave. Medidas de higiene alimentar, controlo de comorbilidades pró-inflamatórias (HTA, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus) e fármacos hipouricemiantes são mandatórios no controlo da doença, anti-inflamatórios não esteroides, colchicina e corticoterapia são essenciais no tratamento da gota aguda. Apresenta-se um caso de gota tofosa exuberante num homem de 85 anos com mau controlo metabólico.

IM n.º 0206

Trombo auricular – causa ou consequência?

Ana Sofia Silva(1);André Lobo(1);Rita Rei Neto(1);Joana Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher, 77 anos, com insuficiência cardíaca (IC) avançada de etiologia valvular reumática, com depressão da função bi-ventricular, prótese mitral mecânica com leak protésico moderado, sem possibilidade de reintervenção cirúrgica e fibrilhação auricular permanente, hipocoagulada com antagonista da vitamina K. Admitida por IC descompensada, sob diurético endovenoso. Por episódio súbito de dor abdominal severa e hiperlactacidemia, suspeita de isquemia mesentérica, realizou angioTC com dois volumosos trombos na aurícula esquerda, o maior 8cm. A ecoscopia excluiu obstrução aguda. Não tendo indicação para intervenção cirúrgica, iniciou perfusão com heparina não fracionada. Revendo os níveis de hipocoagulação nos 3 meses prévios, mostraram-se sempre infraterapêuticos. Assim, pretende-se realçar a importância de manter a hipocoagulação adequada a cada doente.

IM n.º 0208
Um hematoma atípico
Cristiano Gante(1);Rita Gameiro(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Vírus varicela zoster tem duas apresentações clínicas distintas: a varicela na primoinfecção e a zona aquando da reativação do vírus. A apresentação clássica da zona envolve o aparecimento de rash característico ao longo de um dermátomo específico e respeitando os limites do mesmo ou ocupando vários mas contíguos.
A imagem seguinte mostra o caso de um doente que recorreu ao serviço de urgência por «hematomas» dispersos e no qual se percebe a presença de rash maioritariamente ocupando o dermátomo C7 mas com extensão também a C6.

IM n.º 0245

Disfagia lusória, uma entidade rara

Mariana Esteves(1);Diogo Costa Oliveira(1);Sandra a. Morais(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cardiovasculares

Sexo feminino, 85 anos, internada por prostração e vómitos após as refeições. Queixas de disfagia para sólidos com 6 meses de evolução. Sem documentação de perda ponderal. Exame físico sem alterações. Endoscopia digestiva alta com desvio do eixo luminal esófagico aos 20 cm, sem obstrução. Angio-TC toráx mostrou artéria subclávia direita aberrante (lusória) com trajeto posterior ao esófago, condicionando efeito compressivo sobre o mesmo. A disfagia lusória é uma causa rara de disfagia devido à compressão do esófago por uma artéria subclávia aberrante. Embora a maioria dos doentes seja assintomática, a artéria lusória pode provocar disfagia progressiva desde a infância ou apenas mais tardiamente, como resultado da carga aterosclerótica e da atenuação da complacência esofágica. Assim, é fundamental considerar este diagnóstico diferencial, mesmo em idades avançadas.

IM n.º 0246

Síndrome de Pierre Marie-Bamberger

Maria Margarida Rosado(1);Ana Rita Ribeiro(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças oncológicas

Masculino, 70 anos, fumador (20 UMAs), com quadro de dispneia progressiva e dor pleurítica na base do hemitórax direito. Ao exame objetivo apresentava hipocratismo digital das mãos e pés com hipertrofia cutânea (Fig. 1). TC de tórax revelou nódulo espiculado no lobo inferior direito. RX da bacia revelou espessamento periosteal femoral (Fig. 2).

A osteoartropatia hipertrófica (OH) é uma síndrome caracterizada por proliferação anormal da pele e tecido ósseo das extremidades, existindo 3 alterações tipicamente presentes: deformação bulbosa dos dedos, periostose dos ossos tubulares e derrame sinovial.

Dada a presença de neoplasia do pulmão, conclui tratar-se de um caso de OH secundária a patologia pulmonar ou síndrome de Pierre Marie-Bamberger.

IM n.º 0250

Desvio ipsilateral da traqueia: um caso de atelectasia

Mariana Shore de Almeida(1);Francisco Gomes(1);Bruno Bonito(1);Joana Cartucho(1);Maria do Rosário Ginga(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças respiratórias

Descreve-se uma mulher de 79 anos trazida ao Serviço de Urgência por quadro de febre, dispneia, dor torácica pleurítica e tosse com expectoração.
Ao exame objetivo, estava febril, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular abolido à direita, com macicez à percussão e diminuição da expansibilidade torácica, o que, associado à telerradiografia de tórax com hipotransparência total do hemitórax direito, com desvio ipsilateral da traqueia, permitiu realizar o diagnóstico de Atelectasia. Analiticamente com aumento dos parâmetros infeciosos, assumindo-se presença concomitante de Infeção respiratória. Foi realizada antibioterapia, broncofibroscopia e cinesiterapia respiratória, com resolução clínica e imagiológica.
A presente imagem permite realçar a importância que a semiologia pulmonar desempenha no diagnóstico de atelectasia.

IM n.º 0251

FIBROSE PULMONAR PÓS-COVID-19 E SUAS CONSEQUÊNCIAS – PNEUMOTÓRAX E PNEUMOMEDIASTINO

Margarida Araújo(1);Ana Isabel Machado(1);Isabel Fernandes(1);Luísa Pinto(1);Francisco Gonçalves(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças respiratórias

A COVID-19 causou uma pandemia mundial com grande morbi-mortalidade, deixando múltiplas sequelas. Apresenta-se um homem de 71 anos que, após COVID-19, desenvolve tosse seca e dispneia para médios esforços. Cerca de 3 meses depois, apresenta-se com agravamento da tosse e da dispneia, com insuficiência respiratória. Tomografia computorizada de tórax revela fibrose intersticial, com vidro despolido bilateral. Evolui com agravamento súbito da dispneia e síncope, com documentação de extenso pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. Apesar das medidas instituídas, acaba por falecer. É importante estar alerta para complicações fatais no pós-COVID-19, como a fibrose pulmonar, que pode evoluir para pneumotórax e pneumomediastino.

IM n.º 0259

Herpes zoster e imunossupressão

Marta Batista(1);Elisabete Ribeiro(1);Magda Costa(1);Juliana Silva(1);Inês Amaral Neves(1);Sara Drumond Freitas(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Guimarães

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo masculino, 44 anos, autónomo, com antecedentes pessoais de leucemia linfocítica crónica com último ciclo de quimioterapia há cerca de 2 meses.
Recorreu ao serviço de urgência por lesões cutaneas toraco-abdominais exuberantes, seguindo um dermátomo com dor intensa associada. Ao exame objetivo apresentava vesiculas dispersas com sobreinfeção nos dermátomos D5 com extensão para D4/D6. Analiticamente apresentava leucopenia e elevação da PCR. Durante o internamento realizou antiviral, antibioterapia e analgesia, com evolução clínica favorável.
O caso ilustra as possíveis complicações de herpes zoster, evidenciando as lesões cutâneas exuberantes e com sobreinfeção bacteriana num doente imunodeprimido.

IM n.º 0261

Massa cardíaca invulgar: Caseoma da Válvula Mitral

Margarida Massas(1);Bruno Piçarra(1);Rita Rocha(1);Sara Correia(1);Francisco Cláudio(1);José Aguiar(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

Sexo feminino, 66 anos de idade, antecedentes de hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo 2 e dislipidémia, referenciada ao Serviço de Urgência por apresentar massa intracardíaca volumosa em ecocardiograma de rotina. Realizado ecocardiograma transtorácico a revelar espessamento ligeiro dos folhetos da válvula mitral e massa esférica ecodensa, 33x23mm, adjacente ao folheto posterior da válvula e anel mitral (imagem 1). Em RM-CE visualiza-se uma massa hipointensa em T1 (seta vermelha;imagem 2) e T2 e com bordo realçado na “inverted recovery pulse sequence” (seta amarela; imagem 3), compatível com caseoma da válvula mitral, um achado raro e benigno resultante da degeneração caseosa crónica da calcificação do anel mitral. O diagnóstico diferencial inclui tumores cardíacos, vegetações ou abcessos.

IM n.º 0273

Calcificação pericárdica: um sinal de pericardite constritiva

Sara Campos(1);Ana Rita Ribeiro(1);Maria Margarida Rosado(1);Nuno Bernardino Vieira(1);Luísa Arez(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário Algarve- Hospital Portimão

Tema: Doenças cardiovasculares

Imagem em Medicina: Homem, 71 anos, com dispneia para pequenos esforços e edema dos membros inferiores com 6 meses de evolução. Realizou Radiografia (RX) de tórax que mostrou hipotransparência linear em torno da silhueta cardíaca, sugestiva de calcificação pericárdica (Fig. 1). A Tomografia Computorizada (TC) comprovou a calcificação (Fig. 2), com risco de constrição. A calcificação pericárdica é rara e a sua identificação tem importante implicação clínica na confirmação do diagnóstico de pericardite constritiva, podendo ser secundária a tuberculose, infeção viral ou idiopática. Os exames diagnósticos de eleição são a TC ou a Ressonância Magnética, dado que no RX tórax apenas é visualizada a calcificação pericárdica em 25-30% dos casos.

IM n.º 0278

Dispneia súbita em doente oncológico

Marta Batista(1);Nuno Carvalho(1);Ana Luisa Campos(1);Luisa Pinheiro(1);Rui Fernandes(1);Inês Amaral Neves(1);Cristina Cunha(1);Margarida Rocha(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Guimarães

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo masculino com 74 anos, parcialmente dependente (score de Barthel: 75 pontos), com antecedentes pessoais de mixofibrossarcoma multifocal recidivado com volumosa massa retropeitoral esquerda com invasão intratorácica, metastização pulmonar e dos tecidos moles, hipertensão arterial e portador de pacemaker.
Admitido na sala de emergência por quadro de dispneia súbita e hipersudorese, incapaz de verbalizar. Ao exame objetivo encontrava-se pálido, sudorético, com sinais de dificuldade respiratória.
Realizou radiografia de tórax que evidenciou pneumotórax à direita secundário a metastização pulmonar e um colapso completo do pulmão à esquerda secundário a lesão neoplásica.
A imagem ilustra o pneumotórax que despoletou a sintomatologia súbita do doente, evidenciando a importância do diagnóstico diferencial e a abordagem imediata do quadro clínico.

IM n.º 0280

Cavitação em doente com Granulomatose com Poliangiite

Adriano Pacheco Mendes(1);Jerina Nogueira(1);Ana Paula Rezende(1);Emanuel Fernandes(1);Ricardo Arraiol(1);Rúben Raimundo(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma doença rara e etiologia auto-imune, caracterizada por inflamação granulomatosa necrotizante e por vasculite sistémica de pequenos e médios vasos. Esta doença afeta preferencialmente as vias aéreas e os rins.
Apresenta-se o caso de um homem de 39 anos com diagnóstico prévio de GPA que recorreu ao Serviço de Urgência por tosse produtiva, febre e mal estar generalizado com 10 dias de evolução. Para melhor caracterização de lesão visualizada em radiografia de tórax, procedeu-se à realização de tomografia computadorizada que revelou extensa lesão cavitante no hemitórax direito. Do estudo realizado, a salientar o isolamento de Staphylococcus aureus multissensível. Resolução do quadro com instituição de antibioterapia dirigida.
Destacamos o caso não só pela sua raridade mas também pela exuberante dimensão da lesão.

IM n.º 0281

Quando uma massa cervical é algo mais…

Ana Órfão(1);Beatriz Castro Silva(2);Mafalda Vasconcelos(2);Joana Carvalho(3);Patrícia Patrício(2)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Doenças hematológicas

Mulher, 83 anos, internada para estudo de massa amigdalina direita com extensão ao palato e parede lateral da faringe e adenopatias cervicais bilaterais. Assumido abcesso por infeção presumida a Actinomyces e iniciada Penicilina. Por agravamento do edema supraglótico, iniciada dexametasona. Realizadas múltiplas biópsias com estudo negativo. Por obstrução alta da via aérea, foi traqueostomizada de urgência. Repetiu TAC cervical que mostrou evolução necrótica da massa e das adenomegálias, volumoso abcesso, colapso da veia jugular interna direita e obliteração da via aérea superior. Histologicamente tratava-se um linfoma de células B de alto grau e a doente apresentou uma evolução desfavorável com óbito. Este caso destaca a importância do diagnóstico diferencial das massas cervicais para um diagnóstico e tratamento atempados com impacto no prognóstico do doente.

IM n.º 0291

Cloromas na Leucemia Mieloide Aguda

Célia Lourenço Tuna(1);Filipa Seixas(2);Francisco Cubal(2);Rita Tenreiro(2);Bruno Mesquita(2);Bruno Loureiro(2);Marisol Guerra(2);Margarida Inácio(2);Manuel Cunha(2)
(1) Hospital da Covilhã (2) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças hematológicas

Senhora de 80 anos de idade com fatores de risco cardiovasculares. Portadora de Síndrome Mielodisplásico desde 2015. Transformação leucemica – Leucemia Mieloide Aguda. Fez 6 ciclos de quimioterapia com azacitidina. Interrompe por progressão hematológica – 27% de blastos em sangue periférico. No final de 2021 internada por neutropenia febril, com dorso-lombalgia e aparecimento de cloromas nas apófises espinhosas da coluna dorsal e lombar e pé esquerdo – sinal pouco habitual na evolução da leucemia aguda. Lesões elevadas, duras, dolorosas, violaceas e algumas com halo de petequias.

IM n.º 0299

Pseudoaneurisma Ventricular Esquerdo

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A síndrome coronária aguda pode apresentar três complicações mecânicas com elevada mortalidade: rotura do septo interventricular, rotura de músculo papilar mitral e rotura da parede livre do ventrículo esquerdo. Apresentamos o caso de um homem de 69 anos, com cardiopatia isquémica prévia, admitido no serviço de urgência por alteração do estado de consciência e choque. Exame de TC e ecocardiograma documentaram tamponamento pericárdico por provável rotura da parede ventricular esquerda contida pelo pericárdio, com formação de pseudoaneurisma ventricular. Foi submetido a reparação da parede, sem intercorrências. Caso a intervenção cirúrgica seja precoce, a evolução é geralmente favorável.

IM n.º 0300

Volvo Gástrico Organoaxial

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher de 80 anos, com história de longa duração de hérnia do hiato esofágico, com 5cm quando diagnosticada, sem volvo. Três anos depois, em exame de TC, apresenta volumosa hérnia diafragmática contendo estômago, duodeno e jejuno, sem evidência de compromisso vascular esplâncnico. Foi admitido volvo organoaxial com colo herniário largo e sem evidência de sofrimento parietal. Dada a baixa taxa de sucesso na resolução endoscópica, foi sugerida abordagem conservadora, desde que mantida via oral para líquidos e na ausência de desenvolvimento de sinais clínicos ou laboratoriais de isquémia gastrointestinal. Evolução clínica de um ano sem intercorrências.

IM n.º 0308

Uma causa de alteração da marcha

João Luís Cavaco(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 51 anos com infeção VIH1 com má situação imunitária, internado por desequilíbrio da marcha e diplopia binocular horizontal de datação imprecisa e agravamento progressivo. Exame de RM-CE identificou múltiplos pequenos focos supra- e infra-tentorais, com realce anelar após gadolínio. Foi admitida tuberculose do sistema nervoso central e iniciou terapêutica antibacilar, com melhoria clínica. Tuberculomas são massas focais de contornos bem definidos que resultam da infeção por Mycobacterium tuberculosis e correspondem a uma forma grave de tuberculose. O diagnóstico diferencial de tuberculomas do sistema nervoso central intra-axial inclui neurocistercose, toxoplasmose, abcesso cerebral e criptococose.

IM n.º 0324

Tumor Fibroso Solitário - uma evolução rápida de uma identidade rara?

Daniel Aparício(1);Rui Marques(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças raras

Trata-se de uma doente do sexo feminino, 55 anos, sem antecedentes de relevo, e sem história de exposição ocupacional. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dispneia, astenia e cansaço fácil. Em radiografia tórax (RXT) foi identificado extenso derrame pleural à direita, tendo em RXT 3 meses antes elevação da hemicúpula diafragmática. O estudo do volumoso derrame pleural revelou uma lesão nodular sólida no espaço pleural medindo aproximadamente 7x8 cm. O estudo anátomo-patológico revelou uma lesão mesenquimatosa sugestiva de Tumor Fibroso Solitário (TFS) (CD34 e CD99). O TFS é uma neoplasia rara caracterizada por proliferação de células de origem mesenquimatosa, geralmente assintomático, sendo, muitas vezes, um achado imagiológico, e o prognóstico é geralmente favorável, sendo a excisão cirúrgica o único tratamento efetivo, o que foi proposto neste caso clínico.

IM n.º 0332

No problema está a solução – Um caso de abcesso pulmonar

Inês Monteiro Araújo(1);Margarida Robalo(1);Marta Viana Pereira(1);Martinha Vale(1);Carlos Nogueira(1);Ana Isabel Oliveira(1);Sofia Esperança(1);Carla Maravilha(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 64 anos, internado por quadro de tosse produtiva e febre. À admissão realizada radiografia torácica com hipotransparência no lobo superior esquerdo (figura A). Assumida pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia. Para melhor esclarecimento foi realizada tomografia computadorizada do tórax que revelou uma coleção líquida com nível hidroaéreo compatível com abcesso pulmonar, em comunicação direta com a árvore brônquica (figura B). No decorrer do internamento verificou-se manutenção de expetoração abundante e presença de vómica, ocorrendo melhoria clínica e analítica progressivas. Após uma semana foi realizada nova radiografia torácica com resolução quase completa do abcesso por drenagem espontânea (figura C).

IM n.º 0334

Um caso de abcesso pulmonar complicado por piopneumotórax

Inês Monteiro Araújo(1);Margarida Robalo(1);Rui Domingues(1);Martinha Vale(1);Marta Viana Pereira(1);Carlos Nogueira(1);Ana Isabel Oliveira(1);Sofia Esperança(1);Carla Maravilha(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 42 anos, com perturbação do espetro do autismo, internado por febre e tosse produtiva. Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou presença de abcesso pulmonar no lobo inferior direito, com pequeno derrame parapneumónico. Apesar da antibioterapia de largo espetro verificou-se manutenção de picos febris e agravamento da dificuldade respiratória. Radiografia do tórax de reavaliação sugestiva de hidropneumotórax (figura 1). Realizada nova TC torácica que revelou volumoso derrame e extensas coleções líquidas com nível hidroaéreo (figura 2). Colocado dreno torácico com saída de conteúdo purulento. Isolamento de Klebsiella Oxytoca no líquido, permitindo dirigir antibioterapia. Evolução clínica e imagiológica favorável após drenagem e pleurodese (figura 3).

IM n.º 0344

APENDAGITE EPIPLOICA, UMA CAUSA INCOMUM DE DOR ABDOMINAL

Ana Toste(1);Ana Raquel Neves(1);Ana Lourenço Jardim(1);Joana Pereira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 47 anos, recorre ao serviço de urgência por dor no quadrante inferior direito (QID) do abdómen associada a náusea e diarreia. Apresentava-se apirético, com defesa à palpação do QID e sinais de Blumberg e Rovsing positivos. Analiticamente tinha uma discreta elevação da PCR. Ecografia demonstrou alteração da ecogenecidade da gordura, mas sem visualização do apêndice. A TC abdominopélvica revelou uma estrutura ovalada com densidade de gordura e halo periférico hiperdenso lateral ao angulo hepático sugestiva de apendagite epiploica.
A Apendagite Epiploica é uma forma rara, benigna e autolimitada de dor abdominal que resulta da inflamação dos apêndices epiploicos e que muitas vezes mimetiza a forma de apresentação de apendicite e diverticulite. O correto diagnóstico evita hospitalizações, antibioterapia e intervenções cirúrgicas desnecessárias.

IM n.º 0352

Aneurisma da artéria basilar trombosado

Marta Barrigas(1);Rita Magalhães(1);André Ribeiro(1);Catarina Coelho(1);Rita Gamboa(1);Mariana Certal(1);Sandra Tavares(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A artéria basilar é a mais importante da circulação cerebral posterior. Os aneurismas da artéria basilar são, mais frequentemente de origem aterosclerótica, sendo por este motivo essencial o controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Este é caso de um homem de 82 anos com antecedentes médicos de diabetes mellitus 2, dislipidémia e hipertensão arterial de longa data. Foi admitido por um quadro de hemiplegia direita e diminuição do estado de consciência. O Angio TAC Cerebral revelou aneurisma da artéria basilar de 3cmx2cm com trombose endoluminal. As alterações no exame neurológico eram causadas pelo efeito de compressão do aneurisma em crescimento nas estruturas cerebrais. Tromboses nesta localização têm prognóstico sombrio.

IM n.º 0355

ARTRITE DE CÉLULAS GIGANTES DOCUMENTADA EM RNM CEREBRAL COM ANGIOGRAFIA

Ana Toste(1);Humberto Macedo(1);Ana Raquel Neves(1);Fernando Nogueira(1);Francisca Azevedo Correia(1);José Costa(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem de 70 anos. Quadro clínico de mal-estar generalizado com 1 mês de evolução e 3 dias de febre, sem clínica focalizadora, e queixas de hipovisão súbita e permanente no olho direito. Analiticamente com elevação de PCR e VS. Observação oftalmológica sugestiva de neuropatia ótica isquémica anterior arterítica. A RNM com angiografia (RMA) cerebral demonstrou oclusão da artéria temporal direita (seta). Ecodoppler temporal e biópsia de artérias temporais compatíveis com diagnóstico de Arterite de Células Gigantes (ACG).
Apesar da biópsia das artérias temporais ser o gold standard para o diagnóstico a RMA cerebral permite a visualização da anatomia das artérias e edema mural com uma sensibilidade de 73% e especificidade de 88% para o diagnóstico de ACG, podendo ser um exame útil nos doentes em que a biópsia não seja possível no imediato ou esteja contraindicada.

IM n.º 0360

Caso exuberante de metastização cutânea de cancro da mama

Olga Meneses(1);Andreia sá Lima(2);Alexandre Vasconcelos(2)
(1) IPO Porto (2) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

O aparecimento de metastização cutânea é rara e representa um sinal de prognóstico reservado.
Mulher de 80 anos com cancro da mama diagnosticado há 5 anos com metastização pulmonar, ganglionar e cutânea (comprovado por biópsia cutânea). Foi submetida a tratamento paliativo com trastuzumab/entasina com cicatrização das lesões cutâneas. Após um ano, agravamento com derrame pleural e recidiva cutânea - conglomerado de lesões vegetantes exuberantes na parede torácica anterior esquerda associado eritema e dor local. Não reunia condições para tratamento sistémico e faleceu um mês depois.
As lesões cutâneas podem ser uma pista para o diagnóstico inaugural ou progressão da doença oncológica. Estas imagens, infrequentes na nossa prática clínica, mostram a extensão que a metastização cutânea pode alcançar.

IM n.º 0364

Pneumorraque: um achado no pneumomediastino espontâneo

André Calheiros(1);Carlos Rego Gonçalves(1);Sofia Ferreira(1);Sabina Belchior(1);Joana Faria Silva(1);António Moura Alves(1);Paula Brandão(1)
(1) Hospital Ponte de Lima

Tema: Outro

Pneumorraque é definido pela presença de ar no canal raquidiano. Em, aproximadamente, 10% dos casos de pneumomediastino , o ar pode dissecar pelos planos fasciais do mediastino posterior ou espaço retrofaríngeo através do forame neural para o espaço epidural.
É apresentada imagem de pneumomediastino com pneumorraque em jovem de 21 anos, sexo masculino, fumador, com antecedentes de asma, admitido no Serviço de Urgência (SU) por dor torácica, dispneia e edema facial e cervical com 4 dias de evolução após episódio de exacerbação de asma.
O doente foi internado mantendo-se assintomático, contudo, em D4 de internamento, assinou alta contra parecer médico, não sendo possivel efetuar TC de follow-up.
O pneumorraque deve ser lembrado como complicação de pneumomediastino e, apesar de geralmente assintomático, pode, ocasionalmente, causar compressão medular.

IM n.º 0380

Carcinoma espinocelular – ferida maligna complexa em Cuidados Paliativos

Teresa Dias Moreira(1)
(1) IPO Porto

Tema: Cuidados paliativos

Mulher, 82 anos, com carcinoma espinocelular (CE) invasor da região frontotemporal direita irressecável. Submetida a fração única de radioterapia hemostática e 6 ciclos de quimioterapia paliativa (carboplatina e 5-fluorouracil). Referenciada a Cuidados Paliativos (CP) por agravamento clínico após 8 meses. Objetivada ferida maligna frontal e na hemiface direita, ulcerada, com exposição óssea e muscular extensa, pontos sangrantes e exsudado fétido, com necessidade de penso diário e sob citoprotector e antibioterapia tópicos.
Apresenta-se uma imagem pouco frequente de CE localmente avançado, salientando-se o desafio do cuidado das feridas malignas complexas em CP.

IM n.º 0385
Ferida maligna sangrante em Cuidados Paliativos – impacto da radioterapia

Teresa Dias Moreira(1)
(1) IPO Porto

Tema: Cuidados paliativos

Introdução: Homem de 55 anos com metástase cervical direita de carcinoma epidermóide de primário oculto. Internado ao cuidado de uma equipa de Cuidados Paliativos por perdas hemáticas pela metástase cervical direita. Submetido a 5 ciclos de radioterapia hemostática 20Gy em 5 frações, com controlo da hemorragia bem como posterior redução do volume da tumefação, com importante impacto no bem-estar.
Apresentam-se as imagens prévia e após o tratamento, demonstrando o impacto de uma das facetas não curativas da radioterapia.

IM n.º 0386

Porfiria cutânea tarda

André Calheiros(1);Carlos Rego Gonçalves(1);Sabina Belchior(1);Sofia Ferreira(1);Joana Faria Silva(1)
(1) Hospital Ponte de Lima

Tema: Outro

A porfiria cutânea tardia (PCT) é causada pela deficiência parcial da enzima uroporfirinogênio-decarboxilase, herdada ou adquirida, que resulta no acumulo de uroporfirina e 7- carboxil porfirinogênio, principalmente no fígado. Tem como etiologia mais comum, o álcool, terapêutica com estrogénios, hemocromatose, infeçoes virais e hemodiálise.
É apresentada imagem de senhora de 58 anos, sem antecedentes relevantes e medicada com estrogéneos desde há um ano.
Referenciada à consulta por elevação de transaminases. Apresentava vesiculas dolorosas e erosões no dorso das mãos e pés com agravamento após exposição solar.
Após estudo, diagnóstico de PCT induzido por terapêutica estrogénios.
Importante relembrar a associação entre a elevação isolada de transaminases e lesões dermatológicas em áreas expostas ao sol como uma das principais manifestações de PCT.

IM n.º 0394

Síndrome de Dressler pós-timectomia: um ilustrativo caso de imagem

João Lázaro Mendes(1);Miguel Lázaro Mendes(2);Gabriela Venade(1);Paula Manuel(1);Luís Costa Matos(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças cardiovasculares

A síndrome de Dressler (SD) deve ser considerada em doentes com mal-estar ou astenia, após enfarte do miocárdio ou cirurgia cardíaca ou mediastínica.

Reportamos o caso de um homem de 60 anos, antecedente de timectomia radical a 25.01.2022, que recorreu ao SU a 08.03 por astenia. Realizou Rx torácico que mostrou derrame pleural direito moderado e pericárdico de grande volume.

Foi submetido a toracocentese e pericardiocentese (drenagem de 1000 e 1250cc).

Realizou TAC tórax contrastada a 15.03, visualizando-se recidiva significativa dos derrames. Posteriormente foi submetido a 2 pericardiocenteses e 1 toracocentese.

Neste caso realça-se que a SD pode associar-se a um quadro grave de polisserosite recidivante com risco de tamponamento cardíaco.

IM n.º 0398

Golden S sign: o sinal dourado na orientação clínica

Khrystyna Fedak(1);Ana Filipa Fernandes(1);José Abreu Fernandes(1);José Teixeira de Magalhães(1);Gonçalo Botelho Rodrigues(1);Gonçalo Varela Cunha(1);Maria Castellano(1);Maja Petrova(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 87 anos, internado por descompensação de Diabetes, icterícia e elevação das enzimas hepáticas.
A radiografia torácica (Fig.1) mostrou Golden S sign que corresponde à obstrução do lobo superior direito e alargamento do hilo. Descrito por Ross Golden em estudo do carcinoma broncogénico do pulmão, sendo esta a causa mais comum para esta alteração.
Na TC-TAP e PET (Fig.2) foi identificada imagem de provável lesão neoplásica no lobo superior direito do pulmão com atelectasia e estenose brônquica, e metastização ganglionar, supra-renal, hepática e óssea. Na biópsia hepática diagnosticou-se metástase hepática de carcinoma neuroendócrino de células pequenas com provável origem pulmonar.
Em presença do sinal Golden S deve ser sempre realizado estudo etiológico.

IM n.º 0400

"Wellens is coming": dois padrões de isquemia raros que é fundamental reconhecer

Sara Moutinho-Pereira(1);Ivo Cunha(1);Luís Santos(2);Sandra Ferreira(1);Daniela Nogueira(1);Gracieta Malangatana(1);Raquel Calisto(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Um homem de 36 anos fumador e com dislipidemia recorreu ao hospital por dor retroesternal em repouso. O ECG mostrava um padrão de "De Winter" com ondas T apiculadas e simétricas de V2-V4, depressão ascendente de ST>1mm no ponto J e elevação recíproca de ST em AVR (Fig. 1). Este padrão, descrito em 2008, surge em 2% das oclusões agudas da artéria descendente anterior (DA), associando-se a 27% de mortalidade na 1ª semana, se não for reconhecido. O doente realizou coronariografia emergente que revelou oclusão do segmento médio da DA, que foi revascularizada. Após 3 dias, o ECG mostrava um padrão de "Wellens tipo A" com ondas T bifásicas em V2-V5, DI e AVL, sem recidiva de dor torácica (Fig. 2). Este caso ilustra dois padrões raros típicos de isquemia no território da DA no mesmo doente, cujo reconhecimento é fulcral por se associarem a um prognóstico desfavorável se não forem identificados.

IM n.º 0405

Apendagite epiplóica: uma causa rara de dor abdominal

José Teixeira de Magalhães(1);Adriana Girão(1);Ana Rita Ramalho(1);José Abreu Fernandes(1);José Bernardes-Correia(1);Pereira de Moura(1);Lèlita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Doente do sexo masculino de 23 anos recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa na fossa ilíaca esquerda com três dias de evolução, sem outros sintomas associados.
A ecografia abdominal evidenciou imagem hiperecogénica alongada e avascular (2 cm de maior diâmetro) adjacente ao colón sigmóide, com alterações inflamatórias da gordura, sugerindo apendagite epiploica.
Mais comum entre a 2ª e 5ª décadas de vida, constitui uma patologia inflamatória autolimitada de um ou mais dos apêndices epiploicos do cólon, com acometimento preferencialmente retrosigmoideu. Apesar de rara, constitui um diagnóstico diferencial importante por exemplo com diverticulite e apendicite, sendo que na maioria dos casos não necessita de tratamento dirigido.

IM n.º 0427

Coffee-bean sign na colite infeciosa?

Inês Pinheiro(1);Leonor Naia(1);Ana Erica Ferreira(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 87 anos, enviada à Urgência por prostração e distensão abdominal. Apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios com hiperlactacidémia, radiografia abdominal com sinal coffee-bean, compatível com volvo do sigmóide. Foi submetida a tentativa de desrotação cólica endoscópica. Porém, a colonoscopia não evidenciou sinais de volvo, mas parede intestinal com características de colite infeciosa. O sinal coffee-bean associa-se a volvo do sigmóide. No entanto, neste caso, a doente apresentava alterações macroscópicas da mucosa intestinal compatíveis com colite infeciosa. Este caso realça a pouca especificidade da radiografia abdominal, em particular do sinal coffee-bean. Em determinadas situações, a caracterização macroscópica das alterações encontradas é essencial para o diagnóstico.

IM n.º 0435

Uvulite infeciosa: uma apresentação rara de odinofagia no Serviço de Urgência

Filipa Abreu Martins(1);Domingos Sousa(2)
(1) Não especificado (2) Hospital Particular do Algarve - Gambelas

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 59 anos, fumador, com súbito aparecimento de odinofagia e disfagia para sólidos. Negava febre. Ao exame físico estava hemodinamicamente estável e apirético. O exame da orofaringe é o apresentado na imagem: úvula com sinais inflamatórios marcados, sem exsudação associada. Analiticamente com aumento isolado dos parâmetros inflamatórios. Realizada análise do título de antiestreptolisina O que foi positiva. Instituída terapêutica antibiótica e corticoterapia. Excluída epiglotite, foi continuado tratamento em ambulatório.
A uvulite infeciosa raramente é descrita na literatura ou encontrada na prática clínica. É uma condição que requer pronta intervenção, dado que a associação a epiglotite pode originar compromisso da via aérea, sendo mandatória a sua exclusão.

IM n.º 0447

Caso de atrofia holomedular

Maria Rebelo(1);Carlota Lalanda(1);Inês Urmal(1);Jorge Frade(1);Catarina Costa(1);Cláudia Neves(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Sexo feminino, 70 anos, quadro com 9 meses de evolução de diminuição da força muscular distal com agravamento progressivo nos 3 meses anteriores, com sinais de envolvimento do 1º e 2º neurónio. RMN da coluna cervical documenta marcada atrofia holomedular com focos filiformes de hipersinal T2 segmentares dos cordões medulares e dilatação multisegmentar do canal ependimário colocando hipótese de doença do neurónio motor.
Admitiu-se mielopatia longitudinalmente extensa, holomedular e atrófica, que neste caso foi considerada em contexto paraneoplásico não se tendo, até à data, descoberto a neoplasia primária. A imagem torna-se relevante pela exuberante atrofia medular.

IM n.º 0451

Tuberculose pulmonar com destruição lobar extensa

Inês Pereira Amaral(1);Liliana Santos(1);Ana Alves Cardoso(1);António Pais de Lacerda(1);Paula Alcântara(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 64 anos, indigente, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao serviço de urgência por quadro consumptivo com 2 meses de evolução. À observação: emagrecida e com crepitações bilaterais. As extensas consolidações bilaterais (Rx tórax), foram confirmadas por TC, que ainda destacou destruição e cavitação do lobo superior direito e várias adenomegálias mediastínicas. A pesquisa de Mycobacterium tuberculosis na expectoração foi positiva. Este caso ilustra a importância da suspeição clínica numa fase em que a incidência de tuberculose pulmonar (TB) é crescente. Fig1 Consolidações bilaterais; Fig2 e 3 Destruição e cavitação da quase totalidade do lobo superior direito. Focos consolidativos múltiplos no lobo inferior direito, lobo médio, lobo superior esquerdo e língula. Micronodularidades centrilobulares por TB endobrônquica em todos os lobos.

IM n.º 0455
Metastização óssea exuberante

Maria Rebelo(1);Carlota Lalanda(1);Inês Urmal(1);Jorge Frade(1);Catarina Costa(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Sexo feminino, 62 anos, diagnóstico de Carcinoma adenóide cístico (CAC) da parótida estadio IV com metastização pulmonar, óssea e hepática, internada no contexto de dor oncológica não controlada, na anca e coxa direita, com incapacidade para a marcha. Na TC da coxa direita documenta-se exuberante destruição óssea do ilíaco, ramo ílio-púbico e ísquion diretos, com volumosa massa de tecidos moles, coexiste envolvimento do grande trocânter e fémur proximal, com componente intramedular múltiplo, no fémur proximal associado a discreta interrupção da cortical. O CAC da parótida tem um comportamento infiltrativo importante sendo a metastização óssea comum. Esta imagem torna-se relevante pela extensa destruição óssea.

IM n.º 0475

Um caso de Pneumonite a Inibidor do Checkpoint Imune

Filipa Ribeiro Verdasca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 69 anos, seguido em oncologia por Carcinoma de Células Renais, iniciou nivolumab em 2ª linha. Observado por dispneia com 2 semanas de evolução, cansaço e hipoxémia. Imagiologicamente com múltiplos focos de condensação com densidade em vidro despolido, espessamento intersticial com padrão em crazy paving e distorção arquitetural, e diminutas bronquiectasias de tração com aspeto de pneumonia like em relação com fenómenos de fibrose recente.Internado por pneumonite induzida por nivolumab.
A imunoterapia é terapêutica de eleição para um número crescente de neoplasias.A pneumonite é um immune-related adverse event raro potencialmente grave.
Não há achados patognomónicos, embora haja padrões mais sugestivos:Pneumonia Organizativa, Pneumonia Intersticial inespecífica, Pneumonia de Hipersensibilidade, Pneumonia Aguda intersticial/ARDS.

IM n.º 0481
Síndrome de Chilaiditi
Vera Seara(1);Inês Burmester(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Outro

Mulher de 18 anos, com queixas de palpitações, dor abdominal e obstipação. Apresentava-se com hemodinamicamente estável, com taquicardia sinusal, dor abdominal generalizada, sem sinais de irritação peritoneal. Nas radiografias do tórax e abdómen visualiza-se sinal de Chilaiditi. Após exclusão de pneumoperitoneu, realizou fluidoterapia e enemas de limpeza. Teve alta hospitalar, assintomática, medicada com laxantes e com indicação para dieta rica em fibras.
O Síndrome de Chilaiditi é uma condição rara, um pseudo pneumoperitoneu que requer a presença anormal de interposição gasosa do colon (seta preta) entre o fígado (*) e o diafragma (seta branca). Diferente do sinal de Chilaiditi, a síndrome acompanha-se de sintomas digestivos, como nauseas, dor abdominal ou oclusão intestinal secundária a volvo intestinal. O tratamento médico habitualmente é eficaz.

IM n.º 0482

Da dor torácica e sensação de hemiparesia ao diagnóstico de pneumomediastino

Ana Correia de sá(1);Ana Luís Ferreira(1);Ângela Almeida(1);Magda Costa(1);Daniela Casanova(1);Mariana Formigo(1);Cristina Cunha(1);Filipe Gonçalves(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 25 anos, saudável, recorre ao serviço de urgência por dor torácica de início súbito, 8 horas antes, retrosternal, de características pleuríticas. Uma hora antes da admissão sensação de hemiparesia esquerda. Objetivamente, sem alterações e hemodinamicamente estável. Realiza tomografia computorizada torácica que revela pneumomediastino, desde os compartimentos cervicais carotídeos até à base do crânio pelo menos à direita, até aos hilos pulmonares e sobretudo aos coxins pericárdicofrénicos, dissecando os respetivos planos adiposos. Angiotomográfica aórtica sem alterações e esófago com calibre e trajeto preservados. Apresenta resolução espontânea após 5 dias, sem etiologia identificada até então. Pela particularidade da sintomatologia e exuberância das imagens salienta-se este caso.

IM n.º 0493

Complicação rara de pancreatite necro-hemorrágica

ANDREIA SALGADINHO MACHADO(1);Ana Rita Barradas(2);Marta Maio(2);Martim Trovão Bastos(3);Ana Carolina Monteiro(3);Rodrigo Duarte(2);Ricardo Carnevale(2);Filipa Monteiro(2);Inês Antunes(2);João Torres(2);Pedro Batarda Sena(4);Mariana Barosa(5)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca (4) Hospital Dr. Nélio Mendonça (5) Hospital Fernando Da Fonseca

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher de 70 anos, admitida nos cuidados intensivos por pancreatite aguda necrohemorrágica, litiásica, com disfunção multiorgânica (DMO). Repetiu tomografia computorizada que evidenciou franca destruição pancreática associada a quisto infetado, o qual foi drenado três vezes. Transferida para o serviço de Gastroentrologia, onde foi submetida a colocação de prótese e realizadas várias necrosectomias. Mantém evolução favorável ainda sob antibioterapia dirigida.
O abcesso peri-pancreático é uma complicação rara da pancreatite e está associada a uma elevada taxa de mortalidade. Apesar da destruição pancreática que desenvolveu, a doente evoluiu com melhoria clinica ainda que com insuficiência pancreática endócrina e exócrina.

IM n.º 0503

Amaurose bilateral progressiva

Joana Batista Paulo(1);Mário Ferreira(1);Marta Fonseca(1);Zélia Neves(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 59 anos, caucasiano, alcoólico. Sem seguimento médico. Observado na Urgência há um ano por traumatismo craniano. Fez TAC crâneo sem evidência de lesões. É agora internado por tromboembolismo pulmonar (TEP) constatando-se paralelamente história de amaurose bilateral de instalação progressiva, segundo o doente, desde o TCE. Familiares referem alteração do comportamento e psicose nos últimos 2 anos. Repetiu TAC CE que foi normal e RM-CE com o achado ilustrado abaixo correspondente a meningioma grande (53x63x42) do rego olfativo a condicionar franco efeito de massa sobre as estruturas adjacentes.
Salienta-se o caso pela exuberância das alterações neuropsiquiátricas e dimensões da lesão presente na RM não evidente em TAC.

IM n.º 0506

Úlceras digitais secundárias a Esclerose Sistémica

Mauro Gomes Marques(1);Bárbara Lemos(1);Soraia Pinho Duarte(1);Pedro Neves Tavares(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A Esclerose Sistémica é uma doença do tecido conjuntivo que cursa com fibrose cutânea e visceral e vasculopatia, sendo as úlceras digitais uma possível complicação. Mulher de 69 anos com Esclerose Sistémica apresenta episódios frequentes de fenómeno de Raynaud associado a múltiplas úlceras digitais refratárias a terapêutica combinada com antiagregante plaquetar, bloqueador dos canais de cálcio e antagonista dos recetores da angiotensina. Dada a exuberância das lesões, foi internada para realização de terapêutica endovenosa com Iloprost que cumpriu durante cinco dias. A reavaliação após 7 semanas do tratamento evidencia a cicatrização quase completa das úlceras digitais preexistentes e a ausência de novas lesões.

IM n.º 0508

Carcinomatose Peritoneal

Mauro Gomes Marques(1);Bárbara Lemos(1);Soraia Pinho Duarte(1);Pedro Neves Tavares(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 57 anos recorre ao serviço de urgência por quadro arrastado de dor e distensão abdominal, astenia e anorexia. Realizou tomografia computorizada abdominal que sugere lesão hipodensa no lobo hepático esquerdo e, em continuidade com esta, massa peritoneal polilobulada com cerca de 10 cm. A caracterização por ressonância descreve ascite volumosa e múltiplas áreas de espessamento nodular peritoneal, as maiores a nível subdiafragmático (9 x 9 cm) e na topografia do segmento IV (9 x 7 cm). Adjacente à última, descreve-se área hipovascular no parênquima hepático com solução de continuidade a nível capsular. As lesões sugerem carcinomatose peritoneal. A biópsia peritoneal ecoguiada é compatível com neoplasia maligna epitelial glandular.

IM n.º 0527

Uma tiroide de cortar a respiração

Joana Marques(1);Marta Azevedo Ferreira(1);Filipa Nunes(1);Carolina Abreu(1);Rita Féria(1);Ana Grilo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Apresenta-se uma imagem de TC onde se visualiza um bócio multinodular volumoso mergulhante a condicionar redução do calibre e modelagem da traqueia superior (diâmetro transversal mínimo de 4 mm). Trata-se de mulher, 91 anos, história de hipotiroidismo, com queixas de dispneia agravada com o decúbito dorsal, cansaço e sensação de obstrução respiratória, com anos de evolução, pior no ano anterior.
À observação: polipneica, com estridor audível, alargamento da base do pescoço e tiroide palpável de dimensões aumentadas. Função tiroideia normal.
Este caso destaca-se já que a ocorrência de bócio que cause obstrução da via aérea ocorre apenas em 0.6% dos casos e o seu diagnóstico é muitas vezes atrasado pelas características indolentes e progressivas da sintomatologia. A abordagem cirurgica é fundamental, não tendo sido realizada nesta doente.

IM n.º 0537

Síndrome de Anton

Paula Perestrelo(1);João Rodrigues(2);Rui Carvalho(3);Ana João Marques(3);André Costa(3);Maria Inês Goncalves(1);Renato Gonçalves(1);Bruno Ferreira(1);Rosa Ballesteros(1);Mário Rui Silva(3)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã (2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins (3) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

No raro Síndrome de Anton (SA) há lesão occipital bilateral que confere uma cegueira cortical associado a confabulação.O caso é de um homem de 75 anos, que recorre ao SU por perda da acuidade visual bilateral. Ao exame objetivo apresentava cefaloversão para a direita, apagamento do sulco nasolabial esquerdo e hemineglect esquerdo. TC mostrou AVC isquémico em território posterior. No internamento evoluiu para SA, apesar de amourose bilateral, confabulava. Apresentou boa evolução com recuperação da agnosia visual, apesar de manter algum défice visual.

IM n.º 0541

Aplicação do quinto pilar do exame físico para confirmar a suspeita de trombose venosa profunda

Ricardo Silva Veiga(1);Carolina Midões(2);João Costa(3);Ana Cochicho Ramalho(4);José Mariz(5)
(1) HOSPITAL VISEU (2) Hospital de São José (3) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (4) Hospital dos Lusíadas Lisboa (5) Hospital Braga

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A identificação célere da trombose venosa profunda (TVP) é crucial para a instituição atempada da terapêutica anticoagulante, de forma a evitar complicações graves, como o tromboembolismo pulmonar. A ecografia point-of-care (POCUS), como quinto pilar do exame físico, permite a abordagem e diagnóstico rápido desta patologia no serviço de urgência. Apresenta-se o caso de uma mulher de 74 anos, com edema do membro inferior esquerdo com 1 semana de evolução. Realizado POCUS com identificação de extensa TVP ilio-femoral, tendo sido imediatamente instituída terapêutica anticoagulante. Esta abordagem permitiu um tratamento e alta mais precoce, reduzindo o tempo de permanência na unidade hospitalar com todos os benefícios inerentes.

IM n.º 0551

Cianose digital em contexto de crioglobulinémia– um desafio diagnóstico

Vikesch Samji(1);Bruno Pepe(2);Pedro Frazão(2);Maria João Correia(2);Laura Gago(1);Mariana Emília(1);Joana Vaz(1);Manuel Araújo(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Jovem de 19 anos, saudável, hábitos tabágicos ativos (2 UMA). Admitida por quadro com um mês de evolução de poliartralgias de ritmo inflamatório (joelhos, punhos, cotovelos e ombros), acompanhado de fenómeno de Raynaud com uma semana de evolução. Objectivamente, destaca-se cianose de todos os dedos das mãos e pés, mais evidente no segundo dedo da mão direita e esquerda (fig.1 e 2). Internada por infecção assintomática a SARS-COV2 e investigação do quadro clínico. Após avaliação da Reumatologia, iniciou terapêutica com ácido acetilsalicílico, prednisolona e perfusão de iloprost. O estudo etiológico concluiu como hipótese provável vasculite por crioglobulinémia, tendo-se verificado agravamento da cianose dos dedos com evolução para necrose (fig.3). Foi proposta para tratamento com câmara hiperbárica, com melhoria clínica.

IM n.º 0554

Impressionante imagem de rotura aneurismática em mulher hipertensa

Mariana Nápoles(1);Catarina p. Marques(2);Rosa Mendes(1)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher, 66 anos, autónoma, admitida no serviço de urgência por síncope presenciada, com traumatismo crânio-encefálico frontal e sem recuperação da consciência. À admissão: glasgow 3 pontos, hipertensa, com intubação oro-traqueal para proteção da via aérea e sob ventilação mecânica invasiva, bem oxigenada e ventilada, midríase fixa, reflexo cutâneo-plantar indiferente. Análises: hipocaliemia. Angio-TC encefálica: "hemorragia subaracnoideia difusa, supra e infratentorial, centrada nas cisternas da base e vales silvianos, com extravazamento e inundação do sistema ventricular supra e infratentorial, pressupondo a presença de rotura de aneurisma; proeminência do sistema ventricular supratentorial por hidrocefalia obstrutiva." Neurocirurgia admite provável rotura de aneurisma da artéria basilar, sem critério de intervenção dado tempo de evolução.

IM n.º 0568

Meningite tuberculosa, um caso atípico inaugural

Rui Parente(1);Ana Beatriz Teixeira(1);Mafalda Neves(1);Catarina Vasconcelos Forra(1);Fábia Cruz(1);Rui Isidoro(1);Pedro Leite Vieira(1);Sara Sintra(1);Paula Paiva(1);Alexandre Louro(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução:
Homem, 26 anos, imigrante senegalês. Convivente diagnosticado recentemente com tuberculose pulmonar. À admissão com febre, diplopia, alucinações visuais, tonturas e achados tomográficos compatíveis com infeção do sistema nervoso central. O estudo analítico, nomeadamente leucorráquia com predomínio de linfócitos, hiperproteinorráquia e hipoglicorráquia com elevação da adenosina deaminase no líquor favoreceu a hipótese de meningite tuberculosa (MT). Realizou ainda ressonância magnética cranioencefálica que revelou aspetos sugestivos de MT (fig.1) complicada com microenfartes por oclusão nos pedúnculos cerebeloso médio e cerebral (fig.2) à esquerda e no núcleo caudado capsular direito (fig.3) e de hidrocefalia ativa supratentorial.

IM n.º 0590

Toxoplasmose cerebral - uma causa pouco frequente de cefaleia

Sérgio Ferreira Cristina(1);Victor Espadinha(1)
(1) Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apresenta-se o caso de uma doente de 40 anos, com antecedentes de doença por vírus da imunodeficiência humana com má adesão e mau controlo. Foi admitida no serviço de urgência por cefaleia, sem alterações ao exame neurológico. O estudo analítico foi inocente mas a tomografia computorizada revelou uma área de edema vasogénico na substância branca do hemisfério cerebral esquerdo com efeito de massa. Pela suspeita de toxoplasmose, iniciou terapêutica com pirimetamina, sulfadiazina e dexametasona. Realizou ressonância magnética ao 11º dia que mostrou duas lesões com áreas concêntricas de hipo/hiper/isossinal em T2, com realce anelar após contraste, apoiando a hipótese de toxoplasmose cerebral. A doente apresentou melhoria clínica ao longo do internamento, tendo tido alta sob terapêutica antimicrobiana e com reavaliação clínica agendada.

IM n.º 0600

Nódulos subcutâneos: uma metastização rara de Adenocarcinoma Gástrico

Fátima Costa(1);Magda Silva(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 68 anos, com adenocarcinoma do corpo gástrico, diagnosticado em novembro de 2019, submetido a gastrectomia radical em y de roux, com estadiamento pós-operatório T1bN2M0. Em Julho de 2020 identificada metastização hepática, ganglionar, peritoneal e óssea. Em setembro de 2021 recorre ao SU por agravamento do estado geral, com prostração, recusa alimentar, febre e dispneia. Objetivamente em estado agónico e evidência de várias tumefações subcutâneas com consistência pétrea e fixas, dispersas pelo tronco, com 15 dias de evolução. Assim, assumiu-se evolução da doença oncológica com metastização subcutânea de adenocarcinoma gástrico e situação de últimas horas/últimos dias. Prestados cuidados de fim de vida.

IM n.º 0637

Quistos Hepáticos – Um achado acidental

Raquel Maria Neves Flores(1);Paula Calvo(1);Madalena Pupo Correia(2);Constança Arimateia Antunes(1);Graça Lérias(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Senhora de 71 anos, com esclerose múltipla, internada por pneumonia e pielonefrite aguda. Por agravamento clínico e laboratorial (com dor abdominal, aumento dos parâmetros de inflamação e AST 68 U/L, ALT 41 U/L, FA 170 U/L), sob antibioterapia, foi pedida ecografia abdominal para avaliação de possíveis complicações. Ecograficamente detetaram-se imagens quísticas de conteúdo não puro, sugestivas de quistos biliares/ serosos infectados ou abcesso hepático. Realizou Tc abdominal para esclarecimento, que revelou: “inúmeras formações de natureza quística, com parede relativamente regular, com pequenas calcificações parietais, o maior com 5 cm”. Teste Elisa revelou título elevado de IgG para Equinococcus.

IM n.º 0645

Comportamento altamente neuroendócrino

Carolina Chumbo(1);Teresa Valido(1);Filipa Figueiredo(1);Catarina Roquete(1);Sara Furtado(1);Marta Rocha(1);Martim Trovão Bastos(1);Carolina Monteiro(1);Teresa Cruz(1);Ana Mónica(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Apresentamos o caso de uma doente de 76 anos, internada por neutropenia febril após o primeiro ciclo de quimioterapia paliativa por carcinoma neuroendócrino do cólon estadio IV, com índice Ki-67 de 75%, diagnosticado três meses antes. Após resolução da intercorrência desenvolveu vómitos biliares refratários a antieméticos, com distensão abdominal e massa epigástrica de consistência quística, analiticamente com padrão de colestase. A tomografia computorizada revelou evolução das lesões hepáticas, invasão do duodeno, oclusão do colédoco e distensão da vesícula biliar, tendo sido colocada prótese duodenal por via endoscópica. Apresentamos este caso pela particularidade das imagens, que corroboram a natureza agressiva desta neoplasia.

IM n.º 0649

Um caso de Monkey Pox

Vasco Gaspar(1);Marta Orantos(1);João Cardoso(1);Patrícia Simões(1);Claudia Resende(1);Joana Cabeleira(1);Luís Siopa(1);Inês Ambrioso(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 38 anos, com VIH conhecida desde 2013, medicado com terapêutica antiretroviral com bom controle imunológico (carga viral indetectável e CD4> 800/uL), infecção VHC desde há 2 meses e proctite a CMV há 1 mês. Foi ao SU por placas esbranquiçadas na orofaringe, odinofagia, edema do lábio superior e febre com 5 dias de evolução. Ficou internado por ausência de via oral. No internado a observação de adenopatias submaxilares, lesões com pápulas e nódulos e algumas vesiculares-pústulares centrais no couro cabeludo, face, tronco e em menor número nos membros, foi levantada a hipótese de Infecção por Monkey Pox que foi confirmada por zaragatoa e sangue periférico. O doente teve evolução favorável com terapêutica de suporte. Apresentamos um caso de Monkey Pox em relação com o surto europeu de 2022 com particularidades nomeadamente a ausência de lesões genitais ou anais.

IM n.º 0652

Quando a doença poliquística hepática se tornou maligna

Tiago Cabral(1);Catarina Faria(1);Margarida Lagarto(1);Bruno David Freitas(1);Marta Anastácio(1);Ana Lynce(1);Alice Sousa(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Cuidados paliativos

Mulher de 85 anos com hipertensão essencial, dislipidemia, cardiomiopatia isquémica e doença hepática quistica benigna, com indicação cirúrgica por compressão das vias biliares, que a doente recusou. Admitida por síndrome consumptiva: enfartamento, perda ponderal, aumento do perímetro abdominal, icterícia progressiva, colúria, acolia e hiperbilirrubinemia conjugada. A TC-abdominal revelou hepatomegalia com múltiplos quistos benignos (maior de 180x126mm e 123x63mm) com moldagem da veia porta e do estômago e com dilatação das vias biliares intra-hepáticas, sem dilatação da via biliar principal ou canal do Wirsung. Evolução desfavorável com falência hepática precipitada por quadro infecioso.

IM n.º 0662

Uma causa benigna de massa abdominal

Teresa Moitinho de Almeida(1);Marta Anastácio(2);Marta D'orey(2);Francisca Pereira(2);Andrea Castanheira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

INTRODUÇÃO:
As massas abdominais são achados clínicos que implicam estudo complementar dirigido, podendo ter várias etiologias.

CASO CLÍNICO:
Homem de 81 anos, recorreu ao serviço de urgência por massa abdominal palpável nos quadrantes direitos. Referia obstipação há 2 semanas. No exame objetivo constatou-se um abdómen distendido com uma massa pétrea nos quadrantes abdominais direitos, de limites mal definidos, indolor. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou volumoso fecaloma que se estendia do recto ao cólon descendente.

DISCUSSÃO:
A interpretação clínica dos achados semiológicos é fundamental e deve ser baseada numa anamnese rigorosa. O fecaloma é frequentemente uma etiologia esquecida de massa abdominal. Destacamos este caso pela sua enormidade e associada distensão abdominal.

IM n.º 0676

Crise convulsiva tónico-clónica generalizada como apresentação de pneumocéfalo extenso

Filipe Cunha Dias(1);Rui Seixas(1);Ana Teresa Goes(1);Ana Santos e Silva(1);Ana Sofia Sobral(1);Henrique Rita(1)
(1) Unidade local de Saúde do Litoral alentejano, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem de 65 anos com antecedentes de carcinoma da nasofaringe submetido a químio e radioterapia cerca de 3 anos antes que deu entrada no serviço de urgência por alteração do estado de consciência após queda com TCE, tendo sido objetivada convulsão tónico-clónica generalizada. Segundo a TC-CE, existe erosão óssea envolvendo a vertente posterior da sela turca e parede posterior da câmara direita do seio esfenoidal provavelmente relacionado com extensão do processo tumoral e poderá justificar o pneumocéfalo.

IM n.º 0681

Colangiocarcinoma Intra- Hepático como Carcinoma Primário Oculto

Madalena Teixeira(1);António Eliseu(1);Tathiane Lopes(1);Francisco Morgado(1);Joana Carreira(1);Mário Parreira(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças oncológicas

Trata-se de um homem de 64 anos com quadro de emagrecimento involuntário e desconforto abdominal inespecífico. Fez uma TC tórax que demonstrou derrame pleural esquerdo. O líquido pleural classificava-se em exsudado. A TC corpo demonstrou uma massa hepática com 16x9cm e múltiplas lesões secundárias a nível ósseo. Pela imunohistoquímica das células neoplásicas do líquido pleural (CK-7 +, TTF-1 -), padrão de elevação marcadores tumorais (CA19-9> 12.000UI/mL e AFP negativa), e na impossibilidade de realizar biópsia hepática, assumiu-se como diagnóstico mais provável Colangiocarcinoma Intra-Hepático. Realço que em doentes que nunca chegam a ter diagnóstico efetivo do tumor primário, a ideia de quimioterapia empírica foi ultrapassada por quimioterapia dirigida a fenótipos metastáticos, perfil de tecido de origem e alvos moleculares identificados.

IM n.º 0683
LEVANTA-TE E ANDA!

Jessica Paiva Fidalgo(1);Ivanna Ostapiuk(1);André Silva(1);Rúben Salgueiro(1);Catarina Tavares Valente(1);João Rodrigues(1);Bárbara Saraiva(1);Inês Salvado(1);Joana Caires(1);Daniela Nascimento(2);Maria Inês Sequeira(1);Carina Santos(1);Ana Teresa Moreira(1);Ildefonso Fidalgo(1)
(1) ULS Guarda, EPE (2) ULS do Norte Alentejano, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 69 anos, hipertenso, hábitos etílicos e tabágicos moderados no passado. Por astenia e hematúria, encaminhado para Consulta de Urologia e realizou cistoscopia com diagnóstico de carcinoma urotelial vesical. TC mostrou volumosa massa de tecidos moles e destruição óssea por lesão osteolítica dos ramos iliopúbico e isquiopúbico esquerdos com atingimento do acetábulo. Nas primeiras consultas de Oncologia, deambulava com apoio de canadianas ou em cadeira de rodas, com dor não controlada. Iniciou Carboplatina/ Gemcitabina e 2 meses após, caminhava com apoio de apenas 1 canadiana. Posteriormente, iniciou manutenção com Avelumab, e 1 mês após, veio à consulta com marcha autónoma.
O tratamento multidisciplinar com quimioterapia e agentes moduladores do osso tem impacto no controlo da dor e qualidade de vida dos doentes.

IM n.º 0686

Achado incidental de um grande quisto aracnóideu

Salomé Marques(1);Filipa Leal(1);Ana Filipa Silva(1);Fátima Costa(1);João Diniz(1);Vítor Fagundes(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os quistos aracnoides são lesões raras, geralmente congénitas e benignas preenchidas por líquido cefalorraquidiano. O tratamento difere de acordo com os sintomas do doente. Homem de 47 anos realizou ressonância magnética cranioencefálica (RM-CE) que revelou quisto aracnóide no hemisfério esquerdo com 14x6x11cm, deformando significativamente o parênquima cerebral. A RM-CE foi realizada durante a investigação de um acidente vascular cerebral do território da PICA (artéria cerebelar inferior posterior), no vermis cerebelar inferior. A clínica inicial consistia em vertigem e ataxia de marcha que resolveram durante o internamento. O achado do quisto aracnóide foi um incidentaloma e não teve relação com o AVC. Este quisto aracnóide gigante é de provável etiologia congénita tendo permanecido assintomático até à presente avaliação.

IM n.º 0689

Tumor de Pancoast

Maria João Oura(1);João p. Rocha(1);Helena de Oliveira(1);Sérgio Madureira(1);Carla Andrade(1);António Vieira Lopes(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 70 anos, sem antecedentes relevantes, admitido por desequilíbrio da marcha para a direita há 1 semana e parestesias no território de C8 direito há 2 meses. Apresentava miose e ptose direitas e edema do membro superior direito. Na radiografia torácica, evidenciada massa no ápice pulmonar direito, confirmada por tomografia computadorizada e compatível com tumor de Pancoast. Realizada biópsia, com achados histológicos e imuno-histoquímicos sugestivos de carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC). Este caso realça a importância da história clínica e do exame objetivo sistemáticos no doente com défices neurológicos e a da consideração do CPPC nos doentes com Síndrome de Horner.

IM n.º 0690

Pinça mesentérica - uma catástrofe imagiológica

INES SOUSA MIRANDA MENDES SILVA(1);Marta Colaço Monteiro(1);Raquel Domingos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 55 anos, admitido por emagrecimento involuntário, dor abdominal e vómitos. TAC abdominal com exuberante distensão gástrica, pneumatose intestinal, aeroportia em provável relação com isquemia por trombose da veia porta e colapso duodenal no ponto de transição entre a aorta abdominal e artéria mesentérica superior, sugestivo de síndrome da artéria mesentérica superior.
O quadro resolveu com medidas conservadoras e hipocoagulação.
Assumiu-se perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva como causa do emagrecimento, após exclusão de causa orgânica.

IM n.º 0694

Lesões imagiológicas de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva

Ana Catarina Rodrigues Gonçalves(1);André Alçada Fernandes(2);Gonçalo Cristóvão(1);Vasco Almeida(1);Claudina Cruz(1);Jéssica Abreu(3);Marte Leal(1);Diana Seixas(1);Freddy Ramirez(1);Maria José Manata(1);Fernando Maltez(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE / Hospital Curry Cabral (2) Hospital Beatriz Ângelo (3) HVFX

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 60 anos, português, previamente autónomo, com história de infeção retrovírica com má adesão à terapêutica antirretroviral e Linfoma de Hodgkin em remissão.
Admitido no Serviço de Urgência por quadro de 5 horas de evolução de disartria, ataxia dos membros direitos e marcha instável, perfazendo NIHSS de 3. Ativada Via Verde de AVC, tendo realizado ressonância magnética crânio-encefálica com evidencia de lesão do hemisfério cerebeloso e pedúnculo cerebeloso inferior direito, com padrão de restrição da difusão à periferia, aspetos típicos de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva. O diagnóstico foi posteriormente confirmado através do isolamento do vírus JC no líquor.

IM n.º 0698

Aspergiloma: Consequência pós tuberculose

Francisco Guimarães(1);Inês Ladeira Figueiredo(1);Nataliya Polishchuk(1);Francisco Félix(1);Magda Alvoeiro(1)
(1) Hospital Cuf Descobertas

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente de 34 anos, natural de Moçambique, com antecedentes relevantes de tuberculose aos 19 anos de idade com cavitação sequelar, dirige-se ao serviço de urgência por quadro de hemoptises com 24h de evolução. Nega outra sintomatologia. Analiticamente com anemia normocítica/normocrómica (Hb 9.2g/dL) sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Rx Tórax com massa de contornos regulares apical direita. TC-Tórax com coleção heterogénea apical direita, 4,9 cm de eixo transversal, 6,2 cm de eixo ântero-posterior e 4,4 cm de eixo longitudinal. Contacta-se Pneumologia que admite tratar-se de aspergiloma. Cirurgia torácica observa e agenda bloco operatório para bilobectomia direita. É operada sem intercorrências, tem alta a realizar antifúngico oral. Mantém seguimento em consulta de Cirurgia Torácica.

IM n.º 0705

Varicela: apresentação sequelar

Catarina Sousa Gonçalves*(1);Alexandra Wahnon * (Ambos Co-1ºs Autores)(1);Carolina Carreiro(1);Tiago JFS Branco(1);Raquel a. Soares(1);Liliia Savka(1);Raquel Mendes Boto(1);Carolina Monteiro(1);Maria José Pires(1);Ana Carolina Santos(1);Ana Maria Baltazar(1);Ana Castro Barbosa(1);Ana Furão Rodrigues(1);Liliana r. Santos(1);Marisa Teixeira Silva(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças respiratórias

Mulher, 55 anos, admitida por dispneia ligeira. Ex-fumadora e hipertensa. Radiografia torácica com micronódulos bilaterais, TAC torácica onde se destacavam múltiplos nódulos sólidos calcificados, relacionados com pneumonia por varicela (PV) prévia, desconhecida pela doente. A PV tem uma baixa frequência de sintomatologia típica no adulto (10 a 25% dos doentes), com uma incidência de quadro assintomático nos adultos de 75%. O principal fator de risco para o desenvolvimento de PV é o tabaco. São descritas algumas alterações saquelares de PV como defeitos de difusão de CO e padrão restritivo, apresentando geralmente uma evolução favorável. Apesar de incomum, é importante relembrar a PV perante um caso de pneumonia viral.

IM n.º 0709

Aneurisma Gigante da Artéria Carótida Interna

João Rego Diniz(1);Salomé Marques(1);Liliana Torres(1);Helena Vilaça(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Sexo feminino, 69 anos. Autónoma. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e excesso ponderal.
Recorre ao Serviço de Urgência por cefaleia temporal direita recorrente de elevada intensidade com três dias de evolução que compromete o sono. Refere ainda tonturas, náuseas e vómitos. Sem défices neurológicos objetiváveis. Realiza Tomografia Computorizada cranioencefálica que revela lesão ocupante de espaço (LOE) cerebral, sendo internada para investigação etiológica.
Realiza Ressonância Magnética cranioencefálica em contexto de internamento que revela LOE de margens bem definididas e de localização temporal medial direita, compatível com volumoso aneurisma do topo da artéria carótida interna com eixo máximo de 17 mm. Submetida a tratamento endovascular com evolução clínica favorável.

IM n.º 0711

O insustentável crescimento do ser

André s. Carvalho(1);Maria Inês Bertão(1);Beatriz Teixeira Lima(1);Sara Joana Faria(1);Isabel Bessa(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 96 anos admitida na Urgência por dispneia e vómitos. Apresentava um abdómen muito globoso e distendido, com sinal da onda ascítica. Ecografia e TC abdominais revelaram um tumor multiquístico septado, com áreas sólidas no seu interior, em provável relação com cistoadenocarcinoma ovárico (39x23cm). Sete anos antes, a doente recusara cirurgia à formação quística anexial com 25x13cm, tendo tido alta da consulta de Ginecologia.
Os tumores gigantes do ovário são hoje uma raridade nos países desenvolvidos, fruto da acessibilidade a cuidados de saúde, meios de diagnóstico e tratamento. Se não forem tratados, os cistadenomas mucinosos do ovário podem crescer de forma indolente até adquirirem enormes dimensões ou sinais de malignidade.

IM n.º 0723

Necrólise epidermóide tóxica associada ao cotrimoxazol

Sofia Marques da Silva(1);Ana Costa(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Outro

Mulher de 70 anos iniciou terapêutica profilática com cotrimoxazol (trimetroprim + sulfametoxazol) por corticoterapia de alta dose tendo desenvolvido ao 8º dia um exantema purpúrico extenso no dorso, abdómen direito, lombar, coxas, nádegas e região perineal com áreas de descolamento cutâneo e dor associada. Foi assumida necrólise epidermóide tóxica (NET) no contexto de toma de cotrimoxazol, pelo que suspendeu o cotrimoxazol e foi transferida para uma Unidade de Queimados para cuidados de assepsia.
A NET é uma reação de hipersensibilidade cutânea grave com >30% de envolvimento cutâneo. Existe forte associação com o composto sulfametoxazol e as lesões cutâneas podem manifestar-se entre 1-4 semanas após o seu início. A mortalidade é elevada.

IM n.º 0734

Sindrome de Sweet

João Manuel Pires Dos Santos(1);Joana Pereira(1);Rafaela Pereira(1);Constantin Sítari(1);Isabel Carvalho(1);Joana Pestana(1);José Ferreira(1)
(1) CHUA Faro

Tema: Outro

Introdução:
Síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofílica. Associa-se, em 50% dos casos, a outras patologias: doenças infecciosas, inflamatórias, autoimunes e sobretudo, neoplásicas.
Doente de 50 anos, sexo feminino, com antecedentes de colite inespecífica desde Janeiro de 2022, a 5 de Maio do mesmo ano inicia febre, olho vermelho bilateral e lesões cutâneas eritemato-violáceas na região frontal. As lesões progrediram para o dorso e membros, dolorosas, não pruriginosas e não exsudativas, associadas a sensação de obstrução nasal com rinorreia mucosa de predomínio posterior. Quadro clínico sugestivo de síndrome de sweet, confirmado com biópsia cutânea. Iniciou prednisolona com melhoria, sendo que as lesões curadas não deixaram cicatriz.

IM n.º 0735

Um nódulo pouco abençoado

André s. Carvalho(1);Sara Joana Faria(1);Isabel Bessa(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 73 anos internado por quadro de vómitos e anorexia no contexto de adenocarcinoma gástrico metastizado. Ao exame objetivo evidenciava um nódulo periumbilical violáceo com aproximadamente 2cm de diâmetro, de consistência duro-elástica, indolor, com extensão aos planos profundos sob forma de uma massa dura, aderente e de limites indefinidos.
Estes achados revelaram-se compatíveis com um nódulo de Sister Mary Joseph, uma apresentação metastática rara de neoplasias intra-abdominais, sobretudo adenocarcinomas gástricos, colorretais e pancreáticos, que invadem o peritoneu e se disseminam ao umbigo através de vasos ou ligamentos. Pelo mau prognóstico que conferem, a presença de lesões nesta localização é um sinal de alarme a considerar.

IM n.º 0762

Doença Renal poliquística – Diagnóstico inaugural em fase tardia

Antony Soares Dionísio(1);Joana Duarte(1);Andreia Salgadinho Machado(1);Rodrigo Duarte(1);Marta Anastácio(1);Cristiana Camacho(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças renais

Introdução: A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPQAD) é a doença renal hereditária mais frequente, progredindo habitualmente para doença renal terminal (DRT) (1,3).

Caso: Homem, 43 anos, hipertenso, recorreu à urgência por parestesias dos membros inferiores. Evidenciada acidemia metabólica e lesão renal: pH 7.13, pCO2 29, HCO3 13, creatinina 14,5mg/dl, ureia 400mg/dl, K 6,5 mmol/l.. Realizou TC abdomino-pélvica (imagem 1,2) com achados sugestivos de DRPQAD. Assumida DRT em doente com DRPQAD, internado na Nefrologia para indução dialítica.

Conclusão: Este caso de diagnóstico inaugural de DRPQAD em fase avançada da doença pretende alertar para a importância do rastreio familiar e acompanhamento precoce.

IM n.º 0783

Arachnoid Web: um diagnóstico raro.

Joana Rita Lopes(1);Eulália Antunes(1);Vânia Gomes(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Fraqueza neuromuscular é um sintoma pouco específico, mas comum no contexto de doente agudo e pode enquadrar-se num vasto leque de diagnósticos diferenciais seja doença cerebrovascular, patologia da espinhal medula ou neurológica periférica. Apresentamos o caso de uma mulher de 84 anos com evento isquémico em território da artéria cerebral posterior direita, com evolução de 1 mês, que mantinha marcha autónoma. Desde há 1 semana com perda de força em ambos os membros inferiores a condicionar dificuldade na marcha com quedas frequentes. Objetivado em ressonância magnética existência de arachnoid web em D4-D5 como provável causa de mielopatia e paraparésia. Melhoria de clínica após laminoplastia e lise de estrutura aracnóide dorsal.

IM n.º 0790

Inocente até ao fim…

Joana Rita Ferreira Lopes(1);Eulália Antunes(1);Rui Jorge Silva(1);Isabel Silva(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

O tromboembolismo pulmonar consiste numa obstrução das artérias pulmonares e seus ramos, cujas manifestações clínicas podem variar entre ausência de sintomas e, em casos mais graves, choque obstrutivo e paragem cardiorrespiratória. Apresentamos um caso de uma mulher de 54 anos, hipertensa, com episódio de alteração de estado de consciência seguido de paragem cardiorrespiratória, com recuperação de circulação espontânea. Exame de imagem revelou tromboembolismo pulmonar bilateral, metástases pulmonares em padrão de “largada de balões”, metástases hepáticas, carcinomatose peritoneal, e massa pancreática com 9x8 centímetros. Estudo histológico mostrou tratar-se de neoplasia pancreática com metástases difusas, tendo a doente falecido após 1 mês.

IM n.º 0793

Cistites de repetição: diagnóstico diferencial.

Joana Rita Lopes(1);Eulália Antunes(1);Sílvia Santos(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

As massas pélvicas nas mulheres podem dever-se a patologia benigna ou maligna do espectro ginecológico e não ginecológico. Sintomatologia pode incluir dor e aumento do volume abdominal, poliaquiuria e urgência miccional. Apresentamos o caso de uma mulher de 96 anos, com historial de cistites de repetição. Veio ao serviço de urgência por dor abdominal. Já estaria medicada com Cotrimoxazol para cistite por Citrobacter freundii. Exame físico mostrava um abdómen globoso com palpação dolorosa. Ecografia abdominopélvica mostrou massa cística de provável etiologia anexial a ocupar toda a escavação pélvica e parte da abdominal. Realizado TAC que mostrou eixo transversal de 24cm e levantou possibilidade de cistoadenoma/ carcinoma seroso do ovário.

IM n.º 0804

Uma dor lombar que não vem só…

BEATRIZ CASTRO SOARES MORAIS SILVA(1);Joana Carvalho(2);Ana Órfão(3);Leila Barrocas(4);Mafalda Vasconcelos(1);Rita Marques(1);Miguel Ferreira(1);Carlos Simões Pereira(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo (2) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (3) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (4) H. Evora

Tema: Doenças renais

Mulher de 44 anos, caucasiana, admitida por dor abdominal de início súbito, de intensidade 9/10, com irradiação lombar esquerda. À admissão, apresentava-se pálida, hipotensa e com abdómen com defesa e empastamento no hipocôndrio esquerdo. Analiticamente com anemia (Hb 9.6g/dL). A TAC abdómen mostrou rutura de angiomiolipoma renal com hematoma retroperitoneal e rutura renal. Internada por choque hemorrágico e, após suporte transfusional, realizou nefrectomia esquerda.
O angiomiolipoma é uma neoplasia benigna presente em 2.2% dos adultos saudáveis. Na maioria das vezes, é silencioso. No entanto, quando volumoso, pode complicar em hemorragia e mimetizar um quadro de abdómen agudo.

IM n.º 0819

Abcesso subfrénico com extensão torácica por hérnia de Morgagni

Madalena Silveira Machado(1);Margarida Guerreiro(1);Ana Catarina Moniz(1);Lia Bruno(1);Rodrigo Duarte(1);Raquel Flores(1);Teresa Moitinho de Almeida(1);Raquel Borrego(1);Manuela Zita Veiga(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher de 70 anos, internada recentemente por colangite submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. Duas semanas depois recorreu por dispneia, tosse e radiografia torácica com derrame pleural direito, interpretado como pneumonia nosocomial. Por colestase e parâmetros inflamatórios aumentados, foi requisitado estudo imagiológico. A tomografia computorizada (TC) revelou abcesso multiloculado de 13x10cm, com morfologia em ampulheta, condicionado por hérnia de Morgagni, através da qual a coleção se estende, comprimindo a aurícula direita, veia cava superior e fígado. O abcesso foi drenado percutânea e laparoscopicamente, com melhoria dos sintomas compressivos. Esta é uma apresentação atípica de um abcesso subfrénico devido a uma anomalia congénita diafragmática rara.

IM n.º 0825

Incidentaloma na gravidez, quando um Bem não vem só

Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);Hugo Pêgo(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 33 anos, grávida de 23 semanas, saudável. Admitida em internamento, em pico pandémico COVID-19, por quadro de tosse há 3 meses e toracalgia pleurítica direita com 1 mês de evolução. Realizou pesquisa de SARS-CoV-2 com resultado positivo. A radiografia tórax revelou extensa hipotransparência homogénea nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Para esclarecimento efetuou tomografia computadorizada de tórax que confirmou lesão sólida paracardíaca direita, associada a moderado derrame pleural direito. Fez broncofibroscopia e ecobroncoscopia onde se objetivou compressão extrínseca brônquica, tendo realizado biópsia cuja histologia demonstrou timoma linfocítico. Parto programado às 32 semanas com viabilidade. Prosseguiu quimioterapia.

IM n.º 0847

Sinal de Chilaiditi: Pneumoperitoneu… ou talvez não

Mariana Belo Nobre(1);Miguel Carrilho(1);Bárbara Queiroz(1);Teresa Gouveia(1);Madalena Costa Santos(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

Doente do sexo masculino, 82 anos, recorreu ao serviço de urgência por quadro sugestivo de infecção respiratória, negando dor abdominal. A telerradiografia de tórax revelou a presença de hipertransparência infradiafragmática direita levantando a hipótese diagnóstica de pneumoperitoneu. Trata-se, no entanto, de interposição de cólon entre a superfície diafragmática e o fígado, um achado raro (prevalência de cerca de 0,03%) e benigno, conhecido como sinal de Chilaiditi. Destaca-se a importância de manter presente este diagnóstico diferencial perante imagens sugestivas de pneumoperitoneu, reconhecendo manifestações subtis como a presença de haustras, evitando investigação diagnóstica fútil e eventual cirurgia com morbilidade associada.

IM n.º 0852

Uma Causa Rara de Alargamento Mediastínico

LUIS FILIPE MONTEIRO SOARES DIAS(1);Filipa Martins(1);Marta Braga(1);Paulo Pereira(1);Céu Rodrigues(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Doente de 73 anos, género feminino, com queixas de disfagia e desconforto torácico com cerca de 3 meses de evolução, associado a dispneia para pequenos esforços e ortopneia. Radiograficamente com evidência de volumosa massa mediastínica, evidente à direita, com alargamento considerável do mesmo (imagem 1). Realizada TAC que revelou massa com 17x6.5cm no mediastino anterior, heterogénea, com invasão esternal e derrame pericárdico de moderado volume (imagem 2). A PET revelou avidez intensa da massa mediastínica, sem captação a outros níveis. Biópsia ecoguiada da referida massa revelou tratar-se de tumor carcinóide tímico.
Discutido caso em Consulta de Grupo Multidisciplinar e orientada doente para terapêutica com análogos da somatostatina.

IM n.º 0853

Grande massa… grandes células

Mariana Belo Nobre(1);Miguel Carrilho(1);Bárbara Queiroz(1);Inês Goulart(1);Teresa Gouveia(1);Joana Rosa Martins(1)
(1) Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 57 anos, fumadora, com quadro de toracalgia posterior esquerda com 6 meses de evolução. A radiografia de tórax mostrou hipotransparência de grandes dimensões na metade superior do hemicampo esquerdo. A TC confirmou volumosa massa (16x13cm) envolvendo todo o lobo superior e parte do lobo inferior esquerdo, a condicionar desvio mediastínico contralateral, tendo a biópsia revelado carcinoma neuroendócrino de grandes células. Este tipo de tumor de alto grau é raro (<3% dos tumores do pulmão) e de difícil diagnóstico histopatológico, não estando estabelecida a estratégia terapêutica mais adequada. No entanto, este diagnóstico não deve deixar de ser equacionado na presença de grandes massas pulmonares, principalmente se periféricas.

IM n.º 0861

Da paracentese à "cistocentese"

Raquel m. Vieira(1);João Diogo Faustino(1);Cláudia Rosado(1);Margarida Eulálio(1);Rosa Jorge(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga / Hospital Infante D. Pedro, EPE

Tema: Outro

Homem de 86 anos com antecedentes de resseção transuretral prostática (RTU-P) recente por hiperplasia benigna da próstata recorreu ao Serviço de Urgência por aumento do perímetro abdominal, dor supra-púbica, oligúria e obstipação com 1 semana de evolução. Descrita volumosa ascite na ecografia abdominal, pelo que efetuou paracentese com drenagem de 5L de líquido. A TC abdomino-pélvica realizada no internamento revelou volumosa formação ovalada delimitada por parede (bexiga) com 4400 mL de urina a ocupar a cavidade abdominal, condicionando compressão extrínseca das estruturas adjacentes. Assumida agudização de retenção urinária crónica devida a estenose uretral sequelar de RTU-P, com resolução após cateterização supra-púbica.

IM n.º 0864

Telangiectasia Hemorágica Hereditária: A relevância dos achados ao exame físico

LUIS FILIPE MONTEIRO SOARES DIAS(1);Filipa Martins(1);Marta Braga(1);Carlos Capela(1);Céu Rodrigues(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças raras

Doente de 56 anos, do género feminino, com antecedentes de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária, internada em contexto de anasarca para estudo. Encontrava-se sob esquema de Bevacizumab mensal em Hospital de Dia Médico, com melhoria do quadro de epistáxis recorrentes. À admissão em internamento, realizada exploração física detalhada que revelou tealangiectasias superficiais dispersas pela face (imagem 1), dedos (imagem 2) e mucosa oral (lábios e língua; imagem 3), branqueáveis à digitopressão.
Pretendem-se realçar aqui estes achados característicos, que surgem geralmente em fases mais avançadas da doença e que são, por si só, um dos critérios diagnósticos desta patologia.

IM n.º 0866

Um desafio radiológico - neoplasia versus derrame

Margarida Quinto Pereira(1);Catarina Lizardo Cruz(1);Vikesch Rameschandre Samji(1);Rita Mendes(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cardiovasculares

Trata-se de um caso de uma mulher, 75 anos, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica estadio 3 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Foi internada por insuficiencia cardíaca agudizada com insuficiência respiratória parcial de novo. Apresentava na radiografia torácica uma hipotransparência localizada à interseção do lobo médio e lobo superior direitos. Realizou ainda angio-TC torácica onde se verificou a presença de derrame loculado na cisura horizontal do pulmão direito, coincidente com a hipotransparência detetada em RX. Teve alta após terapêutica diurética, clinicamente melhorada. É importante ter em conta a existência destes pseudo-tumores aquando a avaliação de um nódulo pulmonar identificado em radiografia, tendo sempre em conta o contexto clínico.

IM n.º 0870

Não vale a pena chorar sobre pus derramado

Luís Filipe Couto(1);Sílvia Nunes(1);Daniela Casanova(1);Glória Alves(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 49 anos, autónomo, com índice tabágico de 25 maços-ano.
Recorreu ao Serviço de Urgência por picos febris bidiários e tosse não produtiva desde há 1 semana.
Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios.
Tomografia computadorizada do tórax (figuras 1 e 2) com derrame pleural enquistado à esquerda.
Toracocentese diagnóstica com drenagem de exsudado com predomínio de polimorfonucleares.
Sem isolamento de microrganismos em hemoculturas, exames bacteriológicos e micobacteriológicos de expetoração e lavado broncoalveolar.
Cumpriu ciclo de antibioterapia com piperacilina-tazobactam seguido de clindamicina per os.
Realizou drenagem de empiema guiada por imagem, com imagem de controlo (figura 3).
Resposta clínica e analítica favoráveis.

IM n.º 0879

Dos males o menor

Luís Filipe Couto(1);Sílvia Nunes(1);Daniela Casanova(1);Glória Alves(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 72 anos, autónomo, com fibrilação auricular paroxística hipocoagulada.
Desde há 3 semanas com tosse hemoptoica sem rebate hemodinâmico, dispneia, anorexia e perda ponderal de 21%.
Em tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica identificada massa subcarinal (figura 1), e espessamento em terço proximal do reto.
Em broncoscopia observada lesão polipoide a ocluir 80% do brônquio principal esquerdo (figura 2); histologia de biópsias compatível com carcinoma de pequenas células.
Retossigmoidoscopia evidenciou neoplasia úlcero-vegetante do reto (figura 3), sem oclusão, com diagnóstico histológico de adenocarcinoma.
Priorizada abordagem endobrônquica: desobstrução mecânica e fotocoagulação com laser. Posteriormente a realizar colostomia.

IM n.º 0892

Demência Rapidamente Progressiva: pistas imagiológicas

Henrique Coimbra Queirós(1);Emanuel Martins(1);Sónia Batista(1);Helena Gens(1);Ricardo Veiga(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 71 anos internada por quadro de deterioração cognitiva rapidamente progressiva e ataxia da marcha com posterior desenvolvimento de disartria e apraxia. RM-CE com estudo de difusão demonstrou lesões hiperintensas no córtex (‘’cortical ribbon sign”), gânglios da base e tálamo bilateralmente (‘’hockey stick sign’’), sinais imagiológicos característicos da doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ).
A DCJ é uma forma rara e fatal de encefalopatia espongiforme causada por pequenas partículas proteicas (priões) com tropismo para o SNC. O diagnóstico definitivo é feito por análise histológica do tecido cerebral, no entanto, perante a suspeita clínica, vários exames podem suportar o diagnóstico, nomeadamente a RM-CE com sequência de difusão.

IM n.º 0893

Rash cutâneo por amoxicilina em doente com mononucleose infecciosa.

Rui Domingues(1);Inês Araújo(1);Margarida Robalo(1);Carla Maravilha(1);Paulo Gouveia(1);Sofia Esperança(1);André Santa Cruz(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo feminino, de 18 anos, sem antecedentes relevantes. Referia odinofagia e febre, foi assumido o diagnóstico de amigdalite bacteriana e prescrito amoxicilina/clavulanato. Após a primeira toma do antibiótico, surgem lesões pustulosas nas plantas, palmas e região oral, o que motivou ida ao serviço de urgência e internamento para estudo. O estudo revelou elevação do título de IgM para EBV, sem outras alterações. Revendo o contexto epidemiológico, percebeu-se que o namorado da doente apresentava as mesmas lesões e a mesma sintomatologia. Apesar do rash não ser generalizado, considerando os dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, foi assumido tratar-se de um rash secundário à amoxicilina no contexto de infecção por EBV.

IM n.º 0898

Não sabe falar quem não sabe ouvir

Daniela Pinheiro(1);Luís Filipe Couto(1);Sílvia Nunes(1);Glória Alves(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 64 anos, autónoma. Antecedente de Miastenia Gravis generalizada, late-onset, seropositiva, com disartria e diplopia à apresentação; sob terapêutica com piridostigmina, micofenolato de mofetil e prednisolona (PDN).
Recorreu ao SU com suspeita de crise miasténica; com disartria e parésia facial periférica direita ao exame neurológico; sem alterações analíticas. Referia ainda hipoacusia e otalgia direitas; à otoscopia, vesículas em região posterior do canal auditivo externo ipsilateral. Assumido síndrome de Ramsay-Hunt, 5 na escala de House-Brackman; aumentada PDN para 1 mg/kg/dia e iniciado valaciclovir.
Sob fisioterapia, com eletroestimulação, melhoria clínica incluindo de parésia facial 0, 1 e 2 semanas após alta (figuras 1, 2 e 3).

IM n.º 0902

Síndrome de Horner Parcial Iatrogénica

Cristiano Gante(1);Manuel Monteiro(1);Luís Dias(1)
(1) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A síndrome de Horner é uma tríade de ptose palpebral, miose e anidrose a nível de uma hemiface, que ocorre após lesão das vias simpáticas cervicais homolaterais. Apresentamos um caso de síndrome de Horner parcial, com miose e ptose, mas sem anidrose, causada por dissecção iatrogénica da artéria carótida (AC) interna após colocação de stent. A sintomatologia parcial deve-se à lesão do terceiro neurónio, a nível das fibras que acompanham a AC interna e que inervam o olho, sendo poupadas as fibras que acompanham a AC externa responsáveis pela inervação das glândulas sudoríparas e pela anidrose na tríade clássica.

IM n.º 0910

Pneumotórax hipertensivo, bolhas sem antecedentes

Joana Cartucho(1);Bruno Bonito(1);Mariana Almeida(1);Carla Fernandes(1);Maria João Mello Vieira(1);Martinho Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE / Hospital Nossa Senhora do Rosário

Tema: Doenças respiratórias

Homem 35 anos, leucodérmico, natural de Angola, sem antecedentes pessoais conhecidos, não fumador. Admitido no serviço de urgência por quadro de dor torácica de instalação súbita após 24 horas de viagem de avião, a condicionar ortopneia e dispneia para pequenos esforços. Na admissão hemodinamicamente estável, apirético, eupneico em repouso e ar ambiente com spO2 95% (FiO2 21%), sem sinais de dificuldade respiratória, com apagamento global do murmúrio vesicular à direita. Realizado estudo de imagem com radiografia de tórax a evidenciar volumosa bolha de enfisema pulmonar gigante no lobo superior direito e pneumotórax hipertensivo direito, com colapso pulmonar homolateral e desvio contralateral das estruturas mediastínicas, conforme evidenciado na imagem.

IM n.º 0915

A propósito de um caso de Abcesso Pulmonar

Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 71 anos, admitido por tosse com expetoração hemoptoica e febre com cerca de 2 semanas de evolução. Analiticamente apresentava leucocitose e PCR 19.6 mg/dL. A Radiografia de tórax demonstrava hipotransparência marcada no campo pulmonar inferior esquerdo o que motivou a realização de Tomografia Computorizada cuja imagem descreveu coleção abcedada na base pulmonar esquerda com 10 x 9 cm. Iniciou antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam e Clindamicina, sem isolamento culturais. Apresentou descida total dos parâmetros de infeção, apirexia sustentada e resolução da sintomatologia. Repetiu imagem após 2 semanas que demonstrou involução do abcesso, medindo cerca de 6 cm, mantendo follow-up em consulta de Pneumologia, após alta.

IM n.º 0918

Diagnóstico diferencial de Empiema Incipiente

Noemy Neves(1);Mafalda Hipólito Reis(1);Stella Cortes Verdasca(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 55 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia, tosse com expetoração hemoptoica, e perda ponderal de cerca 20 kg com 5 meses de evolução. Analiticamente com leucocitose e PCR 8.9mg/dL. Tomografia computorizada de tórax descreveu imagem nodular de 2,8 por 4 cm. Por suspeita de neoplasia pulmonar fez broncofibroscopia que excluiu neoplasia. Encaminhado a consulta de Pneumologia para estudo. Retorna ao Serviço de Urgência, por agravamento de tosse com expetoração purulenta, com imagiologia a revelar empiema na base pulmonar esquerda com 16 x 9.2 cm condicionando atelectasia adjacente. Cumpriu 21 dias de antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam e Linezolide, sem isolamentos culturais com resolução sintomática e imagiológica.

IM n.º 0933

Padrão de winter

Carolina Roias(1);Daniel Calado(1);Mariana Oliveira(1);Ana Simas(1);Sofia Miranda(1);Mariano Pacheco(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças cardiovasculares

Sexo masculino, 48 anos. Antecedentes relevantes de tabagismo. História de dor pré-cordial típica com irradiação para o membro superior direito associada a sudorese e vómito. ECG à admissão com ondas T apiculadas e simétricas em V2 e V3, infra-ST de V5-V6 e supra-ST em AVR sugestivo de padrão de winter. O padrão de winter é um equivalente de enfarte agudo do miocárdio com supra-ST e está descrito em 2% dos casos das obstruções agudas da descendente anterior, o que se veio a confirmar posteriormente neste doente. Trazemos este caso para mostrar a relevância da identificação precoce deste padrão em contexto de urgência pois é fundamental para garantir a reperfusão coronária de forma emergente.

IM n.º 0938

Nódulo pulmonar cavitado em contexto de vasculite associada a ANCA

Maria Leonor Neves(1);Catarina Melita(1);Catarina Pereira(1);Sofia Furtado(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução
Relata-se o caso de uma mulher de 84 anos com história de hipertensão arterial e doença renal crónica estadio IV não estudada, que iniciou quadro de febre, crostas nasais e parâmetros inflamatórios persistentemente elevados, nomeadamente VS de 137 mm/h. As serologias de auto-imunidade foram positivas para p-ANCA. Assumiu-se o diagnóstico de vasculite associada a ANCA, apoiado por posterior episódio de hemoptise, compatível com hemorragia alveolar, e imagem bem definida de nódulo cavitado no pulmão direito em tomografia computorizada de tórax. A pesquisa de doenças infeciosas foi negativa. A doente iniciou terapia de indução com corticoterapia, verificando-se melhora clínica e radiológica.

IM n.º 0939

Rara localização de tuberculoma

Carolina Roias(1);Ana Simas(1);Mariana Oliveira(1);Sofia Sousa(1);Daniel Calado(1);Sofia Miranda(1);Helena Vidal(1);Manuela Henriques(1)
(1) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher, 76 anos, antecedentes de tuberculose vertebral em 1998. Desde há 1 semana com náuseas e vómitos, disfagia e diplopia. Objectivamente com oftalmoparésia complexa, paralisia facial periférica direita e lateralização motora direita grau 4. Evolução com declínio do estado de consciência com necessidade de entubação orotraqueal. Ressonância magnética com “alterações de sinal, envolvendo a vertente mediana lateral esquerda da medula oblongata, estendendo-se no sentido cefálico à vertente mediana e lateral direita do tronco cerebral, com moldagem da vertente anterior lateral direita do IV ventrículo”. Líquor com pleocitose, predomínio de mononucleares, proteinorraquia, sem isolamentos. Iniciou tuberculostáticos, com melhoria imagiológica.

IM n.º 0942

Infecção do tracto urinário complicada em doente com doença renal poliquística

Manuel g. Costa(1);Guilherme Sacramento(2);João Casanova Pinto(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças renais

Homem, 49 anos, sob hemodiálise por doença renal poliquística autossómica dominante. Apresenta diurese residual. Havia sido avaliado em consulta 2 dias antes da admissão hospitalar por disúria e polaquiúria tendo sido diagnosticado com cistite aguda e medicado empiricamente com cefuroxima. Foi admitido nas urgências por lombalgia e febre com calafrios. Não apresentava outras disfunções de órgão. A avaliação complementar revelou elevação dos parâmetros inflamatórios sob antibioterapia (proteína C-reactiva de 18 para 30 mg/dL). A avaliação imagiológica do abdómen mostrou múltiplos quistos hepáticos e renais sem sinais de complicações intra-quísticas. Melhorou após antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam.

IM n.º 0945

Leucemia linfoblástica aguda T bifenotípica apresentando-se com volumosa massa mediastínica

Manuel g. Costa(1);João Casanova Pinto(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Uma mulher de 69 anos foi admitida por febre, hipersudurese nocturna, perda de peso e astenia. Apresentava também toracalgia anterior tipo pleurítica. A avaliação imagiológica mostrou uma massa mediastínica anterior e derrame pleural direito. A citologia do líquido pleural mostrou numerosos linfoblastos pequenos, com aumento da relação núcleo/citoplasma, sendo a histologia da massa compatível com linfoma linfoblástico T. O estudo medular revelou infiltração medular massiva com 92,8% de blastos. Perante diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda T bifenotípica (3 pontos na escala do Grupo Europeu para a Classificação Imunológica da Leucemia), iniciou quimioterapia segundo o protocolo híper-CVAD em dose reduzida

IM n.º 0949

Pericardite aguda associada a pneumonia adquirida na comunidade

Manuel g. Costa(1);João Casanova Pinto(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças cardiovasculares

Um homem de 71 anos com antecedentes de glomerulonefrite pós-estreptocócica na infância foi admitido por toracalgia pleurítica, dispneia e febre. Auscultavam-se crepitações no terço inferior do hemitórax esquerdo e atrito pericárdico. O eletrocardiograma não revelava alterações. Analiticamente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou tomografia do tórax que mostrou consolidação com broncograma aéreo no lobo inferior do pulmão esquerdo bem como espessamento e derrame pericárdico. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade de provável etiologia bacteriana, não tendo sido possível isolar agente. Foi feita uma ressonância magnética cardíaca para caracterização das alterações pericárdicas. Identificou-se exuberante híper-realce pericárdico sem realce miocárdico compatível com pericardite aguda.

IM n.º 0959

Pseudomixoma do peritoneu – apresentação dramática

Tiago Neto Gonçalves(1);Beatriz Tallon(1);Inês Margarido(1);Natália Marto(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças oncológicas

Um homem de 54 anos, submetido a apendicectomia 4 anos antes por apendicite aguda, foi admitido por perda ponderal involuntária (20% do peso) e anorexia desde há um ano, acompanhadas de dor abdominal e vómitos incoercíveis, com uma semana de evolução. À observação apresentava massa pétrea nos quadrantes abdominais superiores. A TC abdomino-pélvica sugeria a presença de ascite sob tensão, mas a RM apresentava várias massas peritoneais e omentais confluentes, hipointensas em T1 e hiperintensas em T2, que indentavam os órgãos abdominais. A revisão histológica da peça operatória revelou neoplasia mucinosa do apêndice com displasia de baixo grau, com margens fragmentadas. Admitiu-se pseudomixoma peritoneal.

IM n.º 0960

Pneumomediastino Extenso Causado por Tratamento Dentário

Ana Simas(1);Carolina Roias(2);Mariana Oliveira(2);Daniel Calado(2);Sofia Miranda(2);Ricardo Veloso(1);Nuno Amorim(1);Grimanesa Sousa(2);Maria Rita Pimentel(2);Manuela Henriques(2)
(1) Hospital da Horta (2) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Outro

Sexo feminino, 23 anos. Sem antecedentes de relevo.
História incisão gengival para exodontia, interrompida por mal-estar súbito, com tumefação da hemiface, região periorbital e cervical direitas.
Objetivamente com crepitação à palpação da região cervical direita, pálpebra superior e supraorbitário homolaterais, sugestiva de enfisema subcutâneo.
A tomografia computadorizada revelou enfisema subcutâneo extenso e pneumomediastino estendendo-se até ao diafragma anterior. Resolução total dos achados apenas com terapêutica conservadora.
Os autores apresentam este caso, uma vez que apesar de rara neste contexto, o reconhecimento desta entidade pode prevenir complicações fatais.

IM n.º 0963

Estômago em melancia – causa rara de hemorragia digestiva alta

Beatriz Fernandes(1);Filipa Taborda(1);João Casanova Pinto(1);Maria João Lobão(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Mulher de 79 anos com antecedentes de esclerose sistémica (ES), sem antiagregação, anticoagulação ou corticoterapia. Recorreu às urgências por fadiga e dispneia que agravavam com o esforço, com 1 semana de evolução. Negava perdas hemáticas. A avaliação laboratorial revelou anemia ferropénica (Hb 4,8 g/dL). Na endoscopia digestiva alta objetivou-se “antro com múltiplas angiectasias tipo estômago em melancia”. Foi tratada com árgon plasma. As angiectasias gástricas são uma causa rara de hemorragia digestiva e associam-se a hipertensão portal e à ES. Em doentes com ES e anemia ferropénica é imperativo excluir a sua presença e tratar atempadamente, evitando episódios de hemorragia de maior débito.

IM n.º 0965
Infeção pelo vírus Monkeypox
Beatriz Fernandes(1);Rita Sobral(1);Nuno Melo(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Um homem de 28 anos sem antecedentes médicos recorreu às urgências por lesões perineais dolorosas precedidas em alguns dias por febre e mialgias. Tratava-se de um homem que tem sexo homens com múltiplos parceiros sexuais. Referiu contacto sexual desprotegido com um caso suspeito de infeção pelo vírus Monkeypox. Apresentava 7 lesões ulcerativas perineais, arredondadas, 2-3 mm de diâmetro, dolorosas, sem exsudado. Não tinha nem adenopatias nem erupção cutânea. A pesquisa por PCR do vírus Monkeypox nas lesões foi positiva. Desde maio de 2022 que têm vindo a ser identificados casos desta infeção. Atendendo ao surto existente em Portugal, a localização das lesões deverá levantar a suspeita diagnóstica de forma a prevenir a propagação da doença.

IM n.º 0968

Co-infeção pulmonar por Cryptococcus neoformans, Pneumocystis jiroveci e Citomegalovírus

Ana Simas(1);Carolina Roias(2);Ricardo Veloso(1);Nuno Amorim(1);Vitor Carneiro(2);Alexandra Carreiro(2);Laurindo Frias(2);Carlos Pavão(2)
(1) Hospital da Horta (2) Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo feminino, 53 anos, sem antecedentes patológicos de relevo ou comportamentos de risco.
Recorre ao Serviço de Urgência por quadro arrastado de tosse seca, cansaço, mialgias e febre.
Na radiografia torácica observava-se lesão pulmonar nodular no lobo superior esquerdo, confirmada em tomografia computadorizada. A biópsia revelou corpúsculos sugestivos de *Cryptococcus*. A broncofibroscopia mostrou também esporos compatíveis com *Cryptococcus neoformans.* Na sequência do estudo realizou rastreio da auto-imunidade que permitiu diagnosticar infeção por vírus da imunodeficiência humana, com imunossupressão avançada.
A doente foi submetida a biópsia excisional do nódulo que confirmou o criptococoma e co-infeção por *Pneumocystis jiroveci* e Citomegalovírus.
Os autores apresentam o caso uma vez que a co-infeção por estes três agentes é extremamente rara.

IM n.º 0984

Uma ingestão invulgar...

Raquel Borrego(1);Raquel r Mendes(1);Sérgio Brito(2);Bruno David Freitas(2);Guilherme Sacramento(1);Margarida Quinto Pereira(1);Tiago Pina Cabral(2);Daniela Reis(1);Joana Vaz(1);Inês Fornelos Araújo(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher de 42 anos, com antecedentes de enfisema pulmonar medicada com broncodilatador. Recorreu ao Serviço de Urgência por ingestão involuntária de parte da sua prótese dentária durante o sono. À admissão com desconforto cervical mas sem dor, sem sensação de falta de ar, sialorreia ou outros sintomas. Solicitadas radiografias onde se objetivou o corpo estranho no esófago cervical, sem sinais de perfuração. Posteriormente foi realizada endoscopia digestiva alta em contexto de urgência, e observada prótese dentária aos 32 cm da arcada dentária, no esófago médio. Foi possível a sua remoção sem intercorrências, sendo apenas observada laceração superficial longitudinal com 15 mm no local onde estaria o corpo estranho.

IM n.º 0991

Hérnia do hiato como causa de insuficiência respiratória

Ana Raquel d. Neves(1);João Menino(1);Diana Leão(1);Mafalda Guimarães(1);Filinto Costa(1);José Marques(1);Ana Toste(1);Maria Helena Rocha(1);Rita Gouveia(1);Sofia Pereira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 93 anos, internada por insuficiência respiratória hipoxémica, interpretada inicialmente em contexto de insuficiência cardíaca agudizada por provável infeção respiratória. Apesar de terapêutica diurética e antibiótica instituídas, não se verificou melhoria significativa da insuficiência respiratória mantida. Realizou assim, um angioTC tórax, que revelou a presença de uma hérnia do hiato tipo IV com migração intra-torácica de cólon, estômago e cabeça do pâncreas. Tendo em conta o elevado risco cirúrgico inerente à abordagem deste achado, optou-se por otimizar qualidade de vida da doente, com ajuste da dieta e oxigenoterapia suplementar.

IM n.º 0992

Dor lombar: uma apresentação atípica de doença linfoproliferativa

Ana Raquel d. Neves(1);João Menino(1);Diana Leão(1);Mafalda Guimarães(1);Filinto Costa(1);José Marques(1);Ana Toste(1);Maria Helena Rocha(1);Mariana Matos(1);Sofia Pereira(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, de 65 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor lombar de características mecânicas, tendo realizado TC da coluna lombar que revelou a presença de uma volumosa massa retroperitoneal heterogénea, de contornos lobulados com extensão desde a região torácica até à bifurcação das artérias ilíacas primitivas, com uma dimensão estimada de 82 x 101 x 284 mm de maiores eixos. Esta massa envolvia os vasos retroperitoneais e os uréteres, condicionando hidronefrose bilateralmente. Foi internada no serviço de Medicina interna, mantendo-se sempre sem sinais de instabilidade hemodinâmica, sem lesão renal e com débito urinário mantido. O estudo anatomo-patológico da massa retroperitoneal revelou a presença de Linfoma Não-Hodgkin B difuso de grandes células, encontrando-se a doente, de momento, sob terapêutica dirigida.

IM n.º 1013

Massas cranianas palpáveis

José Guilherme Assis(1);Daniela Viana(1);Joana Rua(1);Romeu Pires(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 45 anos, recorre ao Serviço de Urgência por perda ponderal e astenia. Múltiplas massas cranianas são identificadas na observação médica. Estudo analítico revelou hipercalcemia grave 16.4 mg/dL (8.6-10), enquanto a tomografia computorizada demonstrou lesões líticas com massa de tecidos moles, localizadas na calote craniana, ráquis cervical e sacroilíaca – confirmando a correlação entre exame objetivo e imagem. Investigação etiológica negativa, incluindo mieloma múltiplo, com exceção de ecoendoscopia, que revelou lesão periesofágica com análise citológica de carcinoma de grandes células pouco diferenciado. Alta após controlo álgico e dos níveis de cálcio sérico, assumindo-se neoplasia maligna de primário oculto. Readmitido para radioterapia paliativa, acabando por falecer 2 meses após primeira observação.

IM n.º 1023

A rare case of asymptomatic colpocephaly

Ana Catarina Moniz(1);Margarida Martins Guerreiro(1);Raquel Flores(1);Madalena Silveira Machado(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Colpocephaly is a congenital ventriculomegaly in which the occipital horns of the lateral ventricles are disproportionately larger than the anterior ones. It typically manifests with neurological deficits, developmental delay and seizures.
We describe a 84-year-old man admitted to the hospital with new onset hemiparesis. The patient had no previous cognitive or neurological impairment. Head computerized tomography showed an acute ischemic injury consistent with an acute ischemic stroke and an incidental dilation of the ventricular occipital horns.
Colpocephaly is a rare encephalic malformation usually diagnosed in children and infrequently asymptomatic. It is commonly associated with other malformations, particularly total or partial corpus callosum agenesis. We report a unique case of colpocephaly diagnosed at old age and without neurological impairment.

IM n.º 1029

Do biperideno ao baurotrauma

Sofia Santos Pereira(1);Nídia Oliveira(1);André Martins(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Outro

Mulher de 31 anos com antecedentes de distonia disseminada. Necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo em contexto de falência respiratória por intoxicação medicamentosa voluntária com biperideno. Extubação mal tolerada em duas ocasiões com parésia iatrogénica das cordas vocais condicionando necessidade de realização de traqueostomia. Menos de uma hora após a admissão na enfermaria de Medicina Interna com descanulação acidental seguida de dessaturação periférica e dispneia. Realiza TC de tórax que mostra cânula em falso trajeto, exuberante enfisema cervicotorárico e pneumomediastino associados.

IM n.º 1036

Uma tosse sem domicílio

Sofia Santos Pereira(1);João Lança Pereira(1);Gabriela Venade(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Outro

Mulher de 65 anos com antecedentes de cirrose hepática, diabetes mellitus tipo 2 e história de múltiplas hérnias abdominais com perda de domicílio, uma delas submetida a hernioplastia há 4 anos. Observada por quadro de tosse, dispneia e disfonia com 10 dias de evolução.
Ao exame objetivo: hérnia mediana epigástrica e no flanco esquerdo redutíveis, indolores e incoercíveis; hérnias umbilical e no flanco direito, com perda do domicílio, parcialmente redutíveis e igualmente indolores.
As hérnias com perda do domicílio, tipicamente muito volumosas e com vários anos de evolução, limitam a expansibilidade torácica agravando sintomas como a dispneia e a tosse, que nesta doente eram a queixa principal.
Para além da impressionabilidade da imagem, agravante dos sintomas da doente, destacamos a plurivalência e a surpresa que a urgência de medicina proporciona.

IM n.º 1040

Serpenteando num pé alheio- Larva migrans cutânea

Ana Paula Rezende(1);Adriano Pacheco Mendes(1);José Miguel Silva(1);Joana Cochicho(1);André Mendes(1);Jerina Nogueira(1);Emanuel Fernandes(1);Ricardo Arraiol(1);Nidia Calado(1);Armando Cruz Nodarse(1);Isabel Soles(1)
(1) Hospital Distrital de Portalegre

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo masculino de 32 anos de idade recorreu ao serviço de urgência por apresentar lesão cutânea filiforme de progressão ascendente no pé direito, sem características inflamatórias, mas com prurido de 3 dias de evolução.
A destacar, o doente referia co-habitar com uma gata esterilizada e desparasitada e uma viagem recente ao Brasil em zona rural.
Dado tratar-se de uma lesão típica com um contexto epidemiológico compatível, diagnosticou-se uma larva migrans cutânea e o doente foi medicado com albendazol durante 3 dias, com resolução do quadro clínico.

Este caso é interessante, pois demonstra a importância de uma boa anamnese e de como uma boa historia clínica é muitas vezes o necessário para se chegar ao diagnóstico final.

IM n.º 1051

Tumefação Suspeita

Anabela de Carvalho(1);Gabriela Pereira(1);Laura Carstro(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 67 anos, seguido em Consulta Externa de Medicina Interna por policitemia vera. Aparecimento de tumefação indolor, pouco móvel na região posterior do braço direito há 2 meses, com crescimento nas últimas semanas e sem sintomas B. Realizou ecografia do membro com "área ovoide heterogénea, 7x2x4cm, com áreas quísticas e nodulares centrais, capsulada, não se podendo excluir formação tumoral intra-muscular". Realização de tomografia computorizada (TC) tóraco-abdómino-pélvica e do membro no Serviço de Urgência, a revelar: "lesão hipodensa, contornos lobulados na porção proximal do tríceps, 8x3x2cm, em contato com a fáscia superficial deste músculo com discreto edema no espaço subcutâneo adjacente, não permitindo determinar a origem". Realizou biópsia dirigida com histologia compatível com sarcoma de alto grau de padrão mixóide. Foi referenciado para o IPO.

IM n.º 1069

UM OLHAR PARA O TROMBO NA BASILAR

Letícia Marques Leite(1);Ana Luísa Campos(1);Cristinha Cunha(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Os acidentes vasculares cerebrais da artéria basilar são raros, de diagnóstico difícil e estão associados a elevada mortalidade.
Caso clínico: Mulher, 77 anos, autónoma, recorreu ao Serviço de Urgência por tonturas e vómitos com 19 horas de evolução. Ao exame físico estava consciente, com pupilas simétricas, fotorreactivas, campimetria normal. Posição primária com abdução do olho esquerdo, desnível vertical (figura 1), com limitação da adução ocular (figura 2 e 3) e disdiadococinésia bilateralmente. Sem outras alterações ao exame neurológico. A angio tomografia computorizada do crânio com hiperdensidade espontânea no topo da artéria basilar. Realizou trombectomia, sem intercorrências, mantendo as alterações da oculomotricidade supracitadas.

IM n.º 1074

PEG com fungos: como agir?

Rui Jorge Silva(1);Eulália Antunes(1);Bruno Sousa(1);Isabel Silva(1);Sofia Caridade(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher de 64 anos, internada na Enfermaria de Medicina Interna por pneumonia SARS-CoV-2 com sobreinfeção por *Pseudomonas aeruginosa*. Tem antecedentes de Esclerose Lateral Amiotrófica que condiciona necessidade de alimentação por sonda de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG). Foi solicitada colaboração de Gastrenterologia para revisão da PEG, tendo sido substituída a tubuladura por degradação da anterior. No 30º dia de internamento foi identificado crescimento fúngico na tubuladura, conforme é visível nas imagens. Esta situação deve-se à lavagem deficitária da sonda após a alimentação. Ao contrário do que possa ser pensado, não justifica a substituição da tubuladura. Alertamos para a necessidade de cuidados da sonda após a alimentação, de modo a evitar que se formem estes crescimentos fúngicos.

IM n.º 1079

Afinal Havia Trombos!

Inês Pereira Amaral(1);Madalena Pupo Correia(1);Margarida Santos Silva(1);Ana Alves Cardoso(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 66 anos, com doença de Von Hippel-Lindau submetido a nefrectomia direita radical em 2001 por neoplasia renal; diagnóstico 20 anos depois de carcinoma de células claras à esquerda com invasão vascular e metastização óssea, sob terapêutica biológica paliativa (nivolumab). Admitido por edema marcado dos membros inferiores e do escroto com 2 semanas de evolução, sendo medicado com diurético. Verificou-se (TC): trombose extensa da veia renal esquerda, veia cava superior no segmento hepático, veia cava inferior, veias ilíacas comuns e tromboembolismo pulmonar direito. Dada a magnitude do quadro global, iniciou anticoagulação, com redução apreciável dos edemas nos 10 dias seguintes, sem mais recurso a diuréticos.

IM n.º 1085

Apendagite Epiplóica: uma causa rara de dor abdominal

Sofia Esteves(1);João Luis Cavaco(1);Francisco Capinha(1);Ana Furão Rodrigues(1);Ana Júlia Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças raras

A apendagite epiplóica é uma causa rara de abdómen agudo, mais frequente em homens após os 40 anos. Caracteriza-se por dor abdominal súbita, sem outros sintomas ou alterações laboratoriais de relevo. O diagnóstico diferencial inclui diverticulite, apendicite e colecistite. O exame *gold standard* para diagnóstico é TC abdominal. É geralmente auto-limitada, pondendo recorrer-se a anti-inflamatórios. Apresentamos o caso de um homem de 32 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorre ao serviço de urgência por dor súbita na fossa ilíaca esquerda, com defesa ao exame abdominal. Sem achados laboratoriais a relevar. A TC abdominal documentou apendagite epiplóica peri-sigmoideia não complicada. Instituída analgesia, com melhoria clínica.

IM n.º 1087
PR de PeRicardite

Sofia Santos Pereira(1);Vanda Devesa Neto(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Dor torácica retroesternal, de caraterísticas pleuríticas, intesidade 8 em 10 pela escala da dor, que agravava com o decúbito e aliviava em repouso, sem irradiação ou sintomas, com 3horas de evolução, sugestiva de pericardite aguda. Auscultação cardíaca sem alterações. Análises com elevação dos parâmetros inflamatórios e marcadores de necrose miocárdica negativos. No eletrocardiograma (ECG) visível infradesnivelamento generalizado do intervalo PR, alterações difusas da repolarização com elevação do ponto J de concavidade superior compatível com a hipótese de antemão colocada. Destacamos a importância da caracterização rigorosa de uma queixa comum no serviço de urgência, como é a dor torárica, em que uma anamnese dirigida, sistemetizada, acompanhada do ECG permitem desde logo uma eludicação diagnóstica.

IM n.º 1088

Olhar as P: a propósito de uma forma única de taquicardia

Sofia Santos Pereira(1);Vanda Devesa Neto(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 69 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo (55UMA). Referia quadro clínico de longa data caraterizado por dispneia para pequenos esforços, ortopneia e tosse produtiva, agravado nos últimos 4 dias. Eletrocardiograma à admissão: taquicardia supraventicular (TSV) de 109bpm, ritmo irregular, com três morfologias de ondas P distintas compatível taquicardia auricular multifocal (TAM).
A TAM é uma forma única de taquicardia auricular, irregular, que se caracteriza por três ou mais morfologias de ondas P. Ocorre quase exclusivamente em doentes com doença pulmonar crónica concomitante. Importa o reconhecimento e diagnóstico diferencial com outras formas de TSV nomeadamente a fibrilhação auricular dado que a gestão primária da TAM assenta no tratamento da doença pulmonar e/ou cardíaca subjacentes.

IM n.º 1097

Para além da Pneumonia – Mieloma Múltiplo em progressão

Rita Valadas(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Marta Baião(1);Inês Nogueira da Fonseca(1);Jana Zelinová(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 90 anos, com antecedentes pessoais de mieloma múltiplo (MM) indolente. Foi admitida no Serviço de Urgência por dispneia com dois dias de evolução, associada a astenia e anorexia. Laboratorialmente, apresentava aumento de parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda e hipercalcemia. Realizou tomografia computorizada torácica, com evidência de condensação no lobo superior do pulmão esquerdo, assumindo-se diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, tratada com amoxicilina-clavulanato. Adicionalmente, foi objetivada fratura patológica exuberante do corpo do esterno, considerando-se MM ativo, em fase avançada, com lesões de órgão alvo, tendo sido referenciada para Cuidados Paliativos. Os autores utilizaram o caso para recordar que as fraturas secundárias podem acometer, virtualmente, qualquer superfície óssea.

IM n.º 1098

Sinal de Chilaiditi – a importância do diagnóstico diferencial.

Rita Valadas(1);Rita Tinoco Magalhães(1);Marta Baião(1);Inês Nogueira da Fonseca(1);Jana Zelinová(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 49 anos, admitido no Serviço de Urgência por dispneia com um dia de evolução. Realizou tomografia computorizada torácica que, para além de alterações com padrão em favo de mel e bronquiectasias, em relação com fibrose pulmonar já conhecida, evidenciou interposição de ansas intestinais entre o fígado e diafragma, designado por Sinal de Chilaiditi. Este sinal, apesar de traduzir uma situação benigna, torna-se relevante pela semelhança imagiológica ao pneumoperitoneu. Mais ainda, na presença de quadro sugestivo de abdómen agudo, este diagnóstico diferencial pode não ser claro, podendo levar, erroneamente, a condutas mais invasivas. O tratamento desta condição é, em geral, conservador.

IM n.º 1106

Quando uma hipotensão esconde um pouco mais...

Marta s. Gonçalves(1);Carlos Borges Chaves(1);Sandra d. Santos(1);Ana Sofia Teixeira(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 89 anos, sem antecedentes relevantes de patologia vascular, internado no Serviço de Medicina Interna por pneumonia. Foi objetivada diferença de pressões arteriais entre o membro superior esquerdo (84/55 mmHg) e direito (150/62 mmHg). Após anamnese, exame físico adequado e ecocardiograma transtorácico sem sinais de sobrecarga ventricular, excluiu-se quadro de síndrome aórtico agudo. Foi pedida angio-TC torácica e dos membros superiores que demonstrou trombo endoluminal na emergência da artéria subclávia esquerda com cerca de 15 mm de extensão, parcialmente obstrutivo (Figura 1 e 2). Em concordância com o Cirurgião Vascular foi iniciada antiagregação e planeado controlo tensional apertado. A localização deste trombo é pouco comum e relembra a importância da avaliação tensional nos dois membros superiores.

IM n.º 1114

Disfagia (i)lusória: O impacto de conhecer variáveis da normalidade com implicação clínica

André.Vital(1);Eduardo Santana(2);Martim Urbano(3)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) CHLC - H S José

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Caso
Sexo feminino, 70 anos, disfagia alta com cerca de 1 ano de evolução associada a sensação de engasgamento, que ocorre igualmente com as consistências líquida e sólida. Sem sintomas acompanhantes. Sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes. Exame objetivo inocente. Os achados imagiológicos do estudo da deglutição e da angio-TC documentaram a existência de uma artéria lusória.
Enquadramento:
A disfagia lusória é o termo clínico usado para denominar a disfagia como consequência de compressão vascular extrínseca do esófago.
Importância da imagem:
Reconhecer alterações morfológicas discretas no estudo baritado, mostrando a pertinância atual desta técnica; orientar a marcha diagnóstica subsequente; reconhecer a importância de exames não invasivos na documentação de variantes anatómicas do normal que podem simular patologia mais grave.

IM n.º 1117

AVC isquémico como apresentação de disseção aórtica: quando a imagem muda a abordagem terapêutica

Andre.Vital(1);Martim Urbano(2);Eduardo Santana(3)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Hospital de São José (3) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Caso:
Homem, 71 anos, instalação súbita de hemiparésia direita e afasia. Obnubilado, hipotenso e taquicárdico. Acionada a via verde de acidente vascular cerebral (AVC). Antecedentes de enfarte agudo do miocárdio.
Detetados em imagem AVC isquémico e dissecção aórtica (DA) do tipo A. Admitido para cirurgia emergente.
Enquadramento:
A DA ocorre na maioria dos casos de síndrome aórtico agudo. A hipertensão é o fator de risco mais comum e o sintoma mais típico é a dor torácica com irradiação dorsal, de início abrupto. A angioTC é a modalidade preferencial, dando informações que influenciam a abordagem e prognóstico, com elevada acuidade.
Importância da imagem:
Reconhecimento dos achados típicos da disseção aórtica, contraindicando a abordagem terapêutica clássica do AVC isquémico; reconhecer o envolvimento da aorta ascendente, tornando imperativa a abordagem cirúrgica.

IM n.º 1122

O estudo baritado no Espasmo Distal do Esófago: A importância atual de um estudo antigo

Andre.Vital(1);Eduardo Santana(2);Martim Urbano(3)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral (3) Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Descrição do caso:
Homem, 72 anos, epigastralgia há 2 anos, agravamento recente. Disfagia para sólidos, sensação de impactação alimentar e saciedade precoce. Nega outros sintomas. Exame objetivo inocente. Tabagismo e dislipidemia. Cancro gástrico em familiar de 1º grau. Endoscopia digestiva alta, ecocardiograma e angio-TC tóraco-abdómino-pélvica sem alterações. Iniciou medicação empírica e realizou esofagografia.
Enquadramento:
A disfagia é um problema clínico comum sobretudo acima dos 65 anos. O espasmo distal do esófago (EDE) é uma causa funcional rara de disfagia. A epigastralgia é um dos sintomas menos reportados.
Importância da imagem:
Recordar a indicação clínica do estudo contrastado na avaliação funcional do esófago; reconhecimento do típico padrão de EDE no esofagograma; evitar a realização de exames complementares mais invasivos e dispendiosos.

IM n.º 1133

Meningioma em placa: um tumor á flor da pele

Andreia Sá Lima(1);Cláudia Agostinho(2);Nuno Amorim(3);Joana Dos Santos(1);Alexandre Vasconcelos(1);Verónica Guiomar(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano (2) IPO Porto (3) Hospital Distrital da Horta

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 90 anos, internada por quadro de cefaleia e delirium de instalação subaguda, com tumefação parietal direita palpável. Em tomografia computorizada cerebral visualizada lesão ocupante de espaço centrada no osso esfenoide, com componente extra e intracraniano. A ressonância magnética cerebral sugere o diagnóstico de meningioma em placa. Confirmado diagnóstico com uma estratégia original, a realização de biopsia extracraniana. Análise histológica a revelar meningioma meningotelial grau I com infiltração de partes moles. Este subtipo de tumores cerebrais primários é raro e distingue-se pela sua extensão extracraniana e invasão local, apesar da sua benignidade.

IM n.º 1139

Uma causa rara de dispneia

SERGIO COSTA MONTEIRO(1);Joana Martinez(1);Jéssica Krowicki(1);Bárbara Paracana(1);Maria Teresa Borralho(1);Andreia do Carmo Lopes(1)
(1) MEDICINA INTERNA - CHBV - HOSPITAL INFANTE D. PEDRO EPE - AVEIRO

Tema: Outro

A dispneia é um dos sintomas mais comuns que motiva a procura de cuidados médicos urgentes. Os autores apresentam o caso de uma doente de 71 anos que recorreu ao SU por dispneia de esforço e desconforto torácico, associado a episódios de disfagia para sólidos e regurgitação com meses de evolução. Laboratorialmente sem alterações. RX do tórax com mediastino alargado e sombra retrocardiaca. Eletrocardiograma sem alterações. Ecografia abdominal sem alterações. Ecocardiograma a evidenciar, no teto da aurícula esquerda, imagem sugestiva de trombo ou compressão extrínseca. TC-tórax com contraste com volumosa hérnia do hiato esofágico e fundo gástrico retrocardiaco comprimindo de forma relevante a aurícula esquerda. Teve alta orientada para consulta de Cirurgia Geral. Este caso mostra uma causa rara de dispneia onde a imagem teve um papel fulcral no seu diagnóstico.

IM n.º 1149

Pseudo-obstrução por síndrome de Ogilvie

Filipa Nunes(1);Maria João Fernandes(1);Marta Fonseca(1);Ana Maria Oliveira(2);Inês Alexandre(1);Mariana Oliveira Costa(1);Ana Rita Dutschmann(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) Hospital de Vila Franca de Xira

Tema: Outro

Mulher de 60 anos com síndrome de Ogilvie com múltiplos internamentos por pseudo-obstrução intestinal. Recorreu ao SU por distensão abdominal e obstipação com 6 dias de evolução, sem dor abdominal associada. À observação apresentava-se hemodinamicamente estável e apirética. Abdómen globoso e timpanizado. Realizou tomografia (TC) abdominal que revelou marcada distensão de todo o quadro cólico, com diâmetro máximo de 12cm, sem dilatação das ansas do intestino delgado. Laboratorialmente destaco hipocaliemia 2.3mEq/L. Colocou-se sonda de enteróclise, realizou-se enema de limpeza e correcção iónica com cloreto de potássio com progressiva melhoria do quadro abdominal. As imagens da TC abdominal ilustram a exuberância do quadro clínico.

IM n.º 1150

Derrame pleural e pneumotórax paraneoplásico

Filipa Nunes(1);Maria João Fernandes(1);Marta Fonseca(1);Ana Maria Oliveira(2);Inês Alexandre(1);Mariana Oliveira Costa(1);Ana Rita Dutschmann(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (2) HOSP VILA FRANCA XIRA

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 71 anos com história médica de carcinoma da mama plurimetastizada com múltiplos internamentos por derrame pleural direito recidivante com necessidade de colocação de catéter tunelizado de longa duração. Recorreu ao SU por dispneia e agravamento do cansaço para pequenos esforços. À observação apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, polipneica com sinais de dificuldade respiratória e SatO2 88% com O2 a 10L/min. Realizou radiografia tórax que revelou pneumotórax, derrame pleural e hipotransparência ao nível da mama direita compatível com neoplasia da mama já conhecida. Esta imagem ilustra um caso rico em patologia, uma vez que é possível visualizar três entidades distintas numa só radiografia tórax.

IM n.º 1157

Schwanoma do nervo trigémeo – um diagnóstico acidental

Maria Teresa Brito(1);Bárbara Martins(1);Joana Ribeiro(1);Rui Domingues(1);Paulo Castro Chaves(1);Guilherme Gama(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem 49 anos, saudável. Início súbito de disartria, parésia facial central esquerda, hemiparésia e hemihipostesia esquerda e anosognosia (NIHSS 14). TC cerebral com estudo angiográfico - oclusão proximal M1 da artéria cerebral média direita, hiperdensidade espontânea e apagamento insular e lenticular à direita. Trombólise com tenecteplase e trombectomia, com boa evolução clínica. Do estudo feito – ecocardiograma transesofágico com foramen oval patente de pequenas dimensões e ecodoppler venoso dos membros inferiores com sinais de trombose venosa superficial subaguda veia grande safena direita – pela possibilidade de embolia paradoxal, iniciou hipocoagulação. Realizou também ressonância cerebral, sendo documentada imagem expansiva compatível com Schwannoma do trigémio – sem hipostesia facial ou queixas álgicas – orientado para consulta de Neurocirurgia.

IM n.º 1161

Sloughing esophagitis

Teresa Soares Costa(1);Ana Lisa Lima(1);Inês Freitas(1);Rui Silva(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 89 anos, com infeção SARS-CoV2 recente com toma de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Refere dor epigástrica intensa com horas de evolução. Realiza tomografia de tórax que destaca espessamento parietal circunferencial do esófago distal. Endoscopia digestiva alta revela mucosa do esófago distal friável e recoberta por exsudado, além de extensas placas nacaradas longitudinais aderentes à mucosa do esófago médio e inferior. Biópsias esofágicas com exsudado fibrino-leucocitário, mucosa com alterações necroinflamatórias, sem fungos. Assumiu-se diagnóstico de sloughing esophagitis causada pela toma de AINEs aquando da infeção por SARS-CoV2. Medicado com inibidor da bomba de protões com melhoria clínica.

IM n.º 1179
ESTÁ NA CARA!

Teresa Costa e Silva(1);Andreia Daniel(1);Hugo Jorge Alves(1);Susana Franco(1);Carla Noronha(1);Célia Machado(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Outro

Mulher, 96 anos, caucasiana. Trazida ao Serviço de Urgência por letargia. À observação, destacavam-se lesões cutâneas da região frontal de tonalidade violácea e exofíticas e da pirâmide nasal descamativa e ulcerada com aparente evolução crónica. Observação pela Dermatologia com hipótese de carcinoma basocelular ulcerado. Na biópsia cutânea, verificou tratar-se de hematoma organizado e não uma lesão cancerígena, tendo-se procedido à sua drenagem com histologia confirmando coleção hemática com fibrina e infiltrado inflamatório, consistente com o diagnóstico de hematoma em fase de organização. Apurou-se então traumatismo crânio-facial após queda 2 meses antes.

IM n.º 1180

Lombociatalgia fatal- um caso clínico.

Magda Garça(1);Susana Correia(1);Maria Beatriz Santos(1);Ana Sofia Sequeira(1);Paulo Ávila(1)
(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Tema: Doenças hematológicas

Doente sexo feminino, 46 anos com antecedentes de fibromialgia que inicia quadro com 2 meses de evolução caracterizado por dor lombar com irradiação ao membro inferior direito com consequente incapacidade motora.
Recorre ao Serviço de Urgência por dor intensa e incapacidade de marcha, realizou exame de imagem. A tomografia da coluna lombar e bacia revelou lesões osteolíticas com densidade de tecidos moles na coluna e esqueleto pélvico, a maior na asa direita do sacro medindo 4.5x4.2 cm.
Realizou biópsia ao sacro, revelando neoplasia plasmocelular imatura. Analiticamente com presença de pico monoclonal em Gamma (área 4.0 g/dL) e imunofixação com componente monoclonal IgG Kappa, sendo diagnosticado mieloma múltiplo.
Evolução desfavorável com falecimento 2 semanas depois do diagnóstico.

IM n.º 1182

Tumor carcinóide- apresentação inicial como lesão primária do mesentério.

Magda Garça(1);Susana Correia(1);Maria Beatriz Santos(1);Ana Sofia Sequeira(1);Paulo Ávila(1)
(1) Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Tema: Doenças oncológicas

Doente sexo masculino, 60 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica com depressão da função ventricular, portador de CRT-D e hipocoagulado com dabigatrano. Quadro de dor abdominal esporádica com 6 meses de evolução que recorre ao serviço de urgência por astenia intensa. Objetivado anemia ferropenica (hemoglobina 6.4 g/dL), sem história de perdas hemáticas visíveis. Realizou endoscopia digestiva alta e colonoscopia total sem alterações. Doente teve alta encaminhado para consulta externa de Medicina Interna para continuação de estudo. Para surpresa, realizou TC-Toroco-abdomino-pélvica que revelou massa tumoral bem delimitada (54 x 43 mm), na raiz do mesentério distal, estendendo-se às ansas sugestiva de traduzir tumor carcinóide do mesentério, aparentemente sem metastização à distancia ou síndrome carcinóide. Encaminnhado para Cirurgia Geral.

IM n.º 1187

"Fungus Ball" em doente imunodeprimido

Miguel Joao Pinheiro(1);Rita Ferreira(1);Marta Carvalho(1);Marta Ramos(1);Ricardo Carvalheiro(1);Pedro Farinha(1);João Oliveira(1);Madalena Lobão(1);António Mesquita(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 58 anos, com hábitos alcoólicos e elevada carga tabágica, encontrava-se imunossuprimido por quimioterapia dirigida a um carcinoma neuroendócrino com metastização pulmonar e cutânea. O doente iniciou quadro de febre e tosse não produtiva, desenvolvendo imagem de abcesso pulmonar com parede espessa e irregular com nível hidroaéreo em pneumatocele já existente. Embora positivo para SARS-CoV-2, assumiu-se etiologia bacteriana e houve a necessidade de descartar infecção por micobactérias. Apresentou culturas de lavado bronco-alveolar sem crescimento e com TAAN negativo. O Galactomannan sérico foi negativo. Por ausência de melhoria com a antibioterapia imposta, complementou-se a terapêutica com Voriconazol, tendo evoluído para a resolução clínica e imagiológica do abcesso.

IM n.º 1201

Uma causa rara de trombose da veia jugular

Maria João Pedro Correia(1);Marta Anastácio(1);Pedro Ferreira(1);Joana Duarte(1);Manuel Araújo(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 49 anos, com tabagismo ativo ligeiro (7 UMA), sem antecedentes de relevo. História de cervicalgia direita, odinofagia, cefaleia holocraniana e febre com 2 semanas de evolução. Observada repetidamente em contexto de urgência e medicada com antibioterapia admitindo-se faringite e otite média aguda. Verificou-se agravamento progressivo das queixas: retração auricular dolorosa, cervicalgia com extensão contralateral e edema cervical. Por ausência de melhoria, realizou TAC do pescoço que evidenciou trombose da veia jugular interna esquerda com extensão intracraniana. Foi internada e realizou estudo etiológico completo, que se revelou negativo. Foi assumido Síndrome de Lemierre como o diagnóstico mais provável.

IM n.º 1217

Cotrimoxazol: o relato de um efeito adverso conhecido

Margarida Paixão-Ferreira(1);Vera Cesário(1);José Vaz(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes

Tema: Outro

Mulher de 62 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu ao SU por exantema maculo-papular, de base eritematosa, com envolvimento extenso da superfície corporal. Referia que inicialmente as lesões apareceram na região cervical, tendo atingido esta extensão em 48h, com prurido associado. Negava febre e outros sintomas. Negava introdução de novos produtos de higiene ou limpeza. Referia ter sido medicada com cotrimoxazol durante 7 dias por infecção do trato urinário, tendo aparecido as primeiras lesões no último dia de antibioterapia.
Este tipo de exantema é o mais frequentemente associado a fármacos, sendo o intervalo de tempo aqui relatado compatível com o habitualmente verificado neste fármaco. As reacções a sulfonamidas ocorrem em 2-4% dos doentes e está demonstrada que existe predisposição genética a influenciar a susceptibilidade.

IM n.º 1220

Sequência short-long-short com indutora de fibrilhação ventricular

Margarida Paixão-Ferreira(1);Bruno Piçarra(2);Vera Cesário(1);José Vaz(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE / Hospital José Joaquim Fernandes (2) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, que foi assistido por episódio de síncope. Doente em paragem cardiorrespiratória à chegada, pelo que foram iniciadas manobras de SAV. Inicialmente em fibrilhação ventricular, sendo que após 1ª desfibrilhação (200J), a tira de ritmo mostrou uma sequência short-long-short a preceder o início de novo episódio de fibrilhação ventricular, tendo sido administrado um 2º choque (360J) com recuperação de pulso e ritmo sinusal. Foi transferido para cateterismo por suspeita de enfarte como desencadeante, confirmando-se a presença de enfarte infero-lateral extenso. Esta imagem é paradigmática de um dos mecanismos que explica o início de fibrilhação ventricular.

IM n.º 1221

Abcessos Pulmonares Múltiplos

Ricardo Mortágua Velho(1);Ana Sofia Teixeira(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 42 anos, toxicodependente e com antecedentes de hepatite C. Referia tosse com expectoração purulenta, dispneia e dor torácica com 2 semanas de evolução e de agravamento progressivo. Estava apirético, com roncos e diminuição do murmúrio vesicular à esquerda. O estudo complementar mostrou aumento dos parâmetros inflamatórios e a radiografia torácica revelou lesões cavitadas nos lobos inferior direito e superior esquerdo. Exame directo sem bacilos ácido-álcool resistentes. A tomografia computorizada identificou lesões compatíveis com abcessos pulmonares. Iniciou antibioterapia empírica com Ceftazidima e Clindamicina e foi internado, com progressiva melhoria clínica e analítica.

IM n.º 1227

Nódulo da Irmã Mary Joseph – Um achado raro de doença neoplásica metastática

Marina Henriques Mendes(1);Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Carolina Ventura(1);Mari Mesquita(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças oncológicas

O nódulo da Irmã Mary Joseph (NIMJ) trata-se de um nódulo palpável e indolor na região peri-umbilical. Tem origem em tumores abdomino-pélvicos metastáticos e constitui um diagnóstico diferencial de determinadas patologias benignas, como a onfalite e a endometriose. O NIMJ pode ser o primeiro sinal de neoplasia e indica doença avançada, bem como mau prognóstico. Apresentamos o caso de um homem de 56 anos de idade, com um nódulo umbilical, sem outras queixas e cujo estudo adicional revelou um adenocarcinoma gástrico metastizado. O NIMJ pode ser a primeira manifestação clínica de doença neoplásica. Por esse motivo, o achado de um nódulo umbilical merece uma elevada suspeição clínica para uma correta abordagem diagnóstica.

IM n.º 1229

Paralisia diafragmática unilateral

Marina Henriques Mendes(1);Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Carolina Ventura(1);Mari Mesquita(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 63 anos, com miastenia gravis e timectomizada. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia. Apresentava redução marcada dos sons respiratórios no hemitórax esquerdo. Realizou radiografia torácica que mostrou hipotransparência de todo o hemitorax esquerdo e, para melhor esclarecimento, realizou tomografia computadorizada torácica que revelou um hemitórax esquerdo ocupado por vísceras abdominais, sem herniação. O diafragma separa a cavidade torácica da abdominal, é o principal músculo respiratório e é inervado pelo nervo frénico. Patologias que interfiram com a inervação diafragmática e a capacidade contrátil podem causar disfunção diafragmática, nomeadamente paralisia. A miastenia gravis e a timectomia por si só, constituem etiologias possíveis de paralisia diafragmática nesta doente.

IM n.º 1250

ENDOCARDITE BACTERIANA: A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO MULTISSISTÉMICA

MARTA COLACO MONTEIRO(1);João Reis(2);Francisco Albuquerque(2);Olga Korobka(3);Beatriz Barata(4);Silvia Aguiar Rosa(2);Lurdes Ferreira(2)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta (3) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (4) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

A endocardite é a causa primária de infeções cardíacas, associando-se a evolução rápida e elevada mortalidade. Os sinais e sintomas são inespecíficos e sistémicos e a instituição de terapêutica precoce é imperativa.
Mulher, 50 anos, portadora de prótese aórtica, apresenta-se com mialgias, náuseas e vómitos com um dia de evolução. À observação: subfebril, hipotensa e taquicárdica. Analiticamente, com elevação de parâmetros inflamatórios. Ecocardiograma transtorácico inocente. Evolui em sépsis com disfunção cerebral, renal e hematológica. Início empírico de antibioterapia. Durante o internamento, aparecimento de nódulos de Osler no 1º dedo do pé esquerdo e lesões de Janeway na planta do pé. Isolamento de MSSA em hemoculturas. Ecocardiograma transesofágico mostrou imagens de vegetações e um abcesso na transição mitroaórtica. Procedeu-se a resolução cirúrgica.

IM n.º 1253

Com muito tempero

Mariana Simão de Magalhães(1);Joana Castro Vieira(1);Mariana Leão Figueira(1);João Vieira Afonso(1);Tânia Gaspar(1);Rosa Amorim(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste Norte, EPE / Hospital Distrital das Caldas da Rainha

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Mulher de 65 anos, antecedentes de osteopenia, sob suplementação de vitamina D, referenciada à Consulta por poliartralgias e cintigrafia óssea com múltiplas alterações difusas. Analíticamente, hipercalcemia (12.8 mg/dL) e PTH 1883 pg/ml. RX de crânio apresentava lesões sal e pimenta (imagem 1 e 2) compatíveis com Osteíte fibrosa cística (OFC). Ecografia e CAAF tiroide/paratiroide revelou nódulo na paratiroide superior esquerda com células oncocíticas. Foi feito diagnóstico de Hiperpatiroidismo Primário, sendo proposta para paratiroidectomia superior esquerda.
Conclusão: OFC é uma das manifestações clássicas do hiperparatiroidismo que não deve ser negligenciado, principalmente em doentes com hipercalcemia, permitindo o diagnóstico célere de hiperparatoidismo primário.

IM n.º 1258

Varicela-zoster, a importância da imunização no adulto

Tiago Jorge Costa(1);Diogo Alves Leal(1);David Lopes Sousa(1);Joana Cascais Costa(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A infeção primária pelo vírus varicela-zoster (VZV), normalmente atribuída à idade pediátrica, pode manifestar-se em adultos. Descreve-se o caso clínico de um homem de 31 anos, com contexto epidemiológico de infeção por VZV, não imunizado, com tosse, febre e exantema disperso com lesões em diferentes fases de cicatrização, de progressão cefalocaudal. Foram excluídas complicações, como pneumonia, tendo alta com terapêutica sintomática e valaciclovir (1g, 3 vezes por dia, durante 7 dias). Verificou-se boa evolução clínica com regressão completa das lesões cutâneas após 15 dias. De forma a prevenir doença severa, a imunização com vacina é recomendada para alguns grupos populacionais, como profissionais de saúde, que não foram ainda imunizados.

IM n.º 1261

Lesões ungueais alaranjadas como manifestação dermatológica tardia de COVID-19

João Francisco Figueira(1);Ana Tenreiro(1);Filipe Alfaiate(1);João Carapinha(1);Mariana Soares(1);Sílvia Lourenço(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 33 anos com COVID-19 de sintomas moderados com tosse, odinofagia, broncoespasmo e sobreinfecção bacteriana, medicado 2 semanas após o início dos sintomas com azitromicina, corticoides sistémicos e broncodilatadores com melhoria clínica. Após 14 semanas do início das queixas apresentou de novo alteração da coloração da região distal das unhas mais evidente nos dedos das mãos. As lesões eram alaranjadas acompanhando a forma da lúnula, sem outros sintomas acompanhantes, tendo sido referenciado a dermatologia. Este tipo de lesões foram recentemente referidas como possíveis manifestações tardias de COVID-19 e são raros os casos descritos. Achados similares são encontrados na doença de Kawasaki demonstrando uma possível associação deste fenómeno com lesão microvascular.

IM n.º 1275

Esofagite Herpética na DPOC

Joana Fontes(1);Bárbara Sousa(1);Joana Faria Silva(1);Sabina Belchior Azevedo(1);André Calheiros(1);Carlos Rego Gonçalves(1);José Veloso(1)
(1) Hospital Conde de Bertiandos, ULSAM

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A esofagite por vírus herpes simplex (VHS) é uma doença raramente descrita em doentes imunocompetentes.
Os autores descrevem o caso de um homem de 68 anos, imunocompetente, com DPOC Gold 3C com fenótipo exacerbador, admitido por anemia aguda ferropénica com necessidade transfusional. Clinicamente com queixas de epigastralgia e odinofagia com semanas de evolução. O estudo endoscópico revelou erosões e ulceração superficial ao longo de todo o esófago, além de uma úlcera profunda no esófago distal. No estudo anatomo-patológico observaram-se células escamosas com núcleo em vidro fosco e multinucleação, concluindo tratar-se de esofagite herpética. O doente realizou terapêutica antivírica com melhoria clínica.
Apresenta-se este caso pela rara associação da esofagite herpética com curtos ciclos de corticoterapia em doentes imunocompetentes.

IM n.º 1280

Título: Fístula esófago-brônquica: uma complicação rara de radioterapia

Isabel da Costa Monteiro(1);Sara Araujo(1);Cristina Rosário(1)
(1) Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 51 anos, fumador, com diagnóstico de carcinoma epidermóide do esófago distal e colocação de prótese por disfagia, com resolução das queixas. Iniciou quimioterapia e radioterapia radical com intuito curativo. Na 24ª sessão de radioterapia apresentou episódio de empactamento alimentar e posteriormente disfagia para sólidos e líquidos. O TC torácico revelou trajeto fistuloso entre esófago e brônquio principal esquerdo no limite superior da prótese. Pretende-se com este caso salientar a importância da suspeita clinica em doentes submetidos a radioterapia com fragilidade dos tecidos subjacentes, alertando para o diagnostico precoce e tratamento adequado.

IM n.º 1288

As raras (mas grandes) manifestações da Covid-19

Cátia Gorgulho(1);Ana Clara Dinis(1);Carolina Cardoso(1);Lara Adelino(1);David Matias(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Lesões orais como pápulas eritematosas, queilite, glossite e macroglossia foram já descritas com a infeção a SARS-CoV-2.
Reportamos o caso de uma mulher de 75 anos que recorreu ao SU por macroglossia com 2h de evolução (fig. 1), com necessidade de remoção de prótese dentária, sem dispneia, disfagia ou prurido associados. Teste rápido antigénio SARS-CoV-2 positivo 24h antes, com sintomatologia respiratória ligeira. Sem história de alergias medicamentosas ou alimentares. Sem instabilidade hemodinâmica. Permaneceu internada para vigilância da evolução, com resolução total da macroglossia em 72h, assumindo-se consequência da infeção COVID-19. Seguimento posterior em consulta, sem recorrência sintomática. (fig. 2)

IM n.º 1305

Adenocarcinoma Mucinoso Primário do Pulmão – o mais raro dos adenocarcinomas do pulmão

Guilherme Jesus(1);Aureliu Rosca(1);Inês Soares(1);Helena Alves(1);Mariana Estrela(1);Raquel Barreira(1);Cristina Pinto(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 82 anos, antecedentes de diabetes insipidus, admitida no Serviço de Urgência por quadro com 5 meses de evolução de astenia, anorexia, suores noturnos e perda ponderal associado recentemente a dispneia para esforços e tosse com expetoração hemoptóica. À observação encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética e com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente sem alterações de relevo, rastreio sético negativo. Telerradiografia do tórax com inúmeros infiltrados reticulo nodulares bilaterais. TAC Tórax sugestiva de lesões pulmonares múltiplas de natureza incerta. Baciloscopias e IGRA negativos. Realizada biópsia transtorácica que identificou um Adenocarcinoma Mucinoso Primário do Pulmão – o mais raro dos adenocarcinomas do pulmão, associado a mau prognóstico.

IM n.º 1309

Organomegalias abdominais – um caso de uma febre sem foco

Guilherme Jesus(1);Rui Maciel(1);Rosélia Lima(1);Raquel Barreira(1);Sofia Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Outro

Mulher de 33 anos, saudável, admitida no Serviço de Urgência por quadro com 6 meses de evolução de astenia, anorexia, perda ponderal (15 Kg em 4 meses) e episódios de febre intermitente associado a mialgias, gengivorragias frequentes, alopécia e livedo reticularis dos membros superiores. Internada para estudo, apresentou aumento dos ANAs 1/1280, ECA, cadeias leves, velocidade de sedimentação e pico gama na eletroforese. TAC tóracoabdominopélvica com hepatoesplenomegalia e nefromegalia bilateral – uma imagem relativamente rara e impressionante de uma jovem com um quadro constitucional em estudo. Perante organomegalias tão exuberantes como esta, os diagnósticos de doença linfoproliferativa, de acumulação e autoimunes deverão ser identificados como os principais diagnósticos diferenciais.

IM n.º 1311

Síndrome de Ogilvie – um caso dramático por síndrome de Guillain-Barré

Guilherme Jesus(1);Mariana Baptista(1);Mariana Estrela(1);Raquel Barreira(1);Marta Barbedo(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 56 anos, autónoma, admitida no Serviço de Urgência por quadro com 3 semanas de evolução de alteração do comportamento e diminuição da força muscular dos membros inferiores associado a parestesias. Internada por tetraparésia arrefléxica de predomínio distal. Apresentou agravamento marcado com atingimento dos músculos respiratórios e do sistema nervoso autónomo. Feito o diagnóstico de Síndrome de *Guillain-Barré* (SGB). Múltiplas intercorrências graves associadas, desenvolveu uma síndrome de *Ogilvie* Grave – quadro de pseudo-obstrução intestinal aguda causada pelo atingimento autonómico – uma complicação rara e grave da SGB. Um caso dramático com deterioração marcada, estando atualmente dependente, com necessidade de sonda de gases para alívio sintomático.

IM n.º 1324

Artrite reumatóide e síndrome vascular acral como síndrome paraneoplásica

Ana Tenreiro(1);Filipe Alfaiate(1);Mafalda Hipólito Reis(1);João Figueira(1);Diogo Canudo(1);Susana de Carvalho(1);Conceição Barata(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 78 anos com antecedentes de hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crónica internado por tumor neuroendócrino de pulmão com metastização cerebral. Durante o internamento, objetivou-se a presença de deformação articular significativa dos dedos das mãos, alterações que o doente referia apresentar desde há cerca de 6 meses. Foram doseados o fator reumatóide e anticorpo anti-péptido citrulinado cíclico, que estavam aumentados, suportando o diagnóstico de artrite reumatóide paraneoplásica. Apresentava também cianose periférica com início durante o internamento que após estudo etiológico se assumiu como síndrome vascular acral paraneoplásica.

IM n.º 1338

TUBERCULOSE MILIAR – AINDA UMA REALIDADE

Dra. Bárbara Paracana(1);Gisela Gonçalves(1);Jéssica Krowicki(1);Mariana Sousa(1)
(1) HOSPITAL AVEIRO

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose miliar caracteriza-se por uma disseminação linfo-hematogênica do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* em contexto de uma imunossupressão incapaz de conter os focos latentes de infeção. Afeta principalmente o interstício pulmonar. As alterações imagiológicas podem não ser percetíveis até fases avançadas da doença.
Homem, de 50 anos, portador de esclerose lateral amiotrófica, internado por pneumonia adquirida na comunidade. Manteve febre e insuficiência respiratória apesar de vários ciclos de antibioterapia. Realizou TC-torácica que revelou múltiplas imagens nodulares, de distribuição aleatória, algumas delas cavitadas. Complementou o estudo com broncofibroscopia e as amostras colhidas mostraram-se positivas a *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou tratamento com anti-bacilares, no entanto, evoluiu desfavoravelmente e acabou por falecer.

IM n.º 1339

Quando tudo falha.. e agora?

António Moreno Marques(1);Carolina Monteiro(1);Henrique Atalaia Barbacena(1);Patrícia Trindade(1);João Freitas(1);Raquel a. Soares(1);Patrícia Howell Monteiro(1);António Pais Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Os condrossarcomas são tumores ósseos malignos na sua maioria indolentes e com baixo potencial metastático. Cerca de 10% tem um comportamento agressivo e mau prognóstico após resseção. Homem de 60 anos, com o diagnóstico de condrossarcoma femoral esquerdo desde há 6 anos, com múltiplas cirurgias, culminando em hemipelvectomia esquerda. Progressão dimensional da massa e metastização à distância, apesar de quimioterapia, entretanto suspensa. Internado por massa tumoral infetada, condicionando compressão e trombose mecânica da veia femoral direita e ureterohidronefrose bilateral. Destaca-se este caso pela exuberância dimensional e complicações locais associadas à progressão do condrossarcoma, bem como pela raridade deste tipo de tumor sólido.

IM n.º 1347

Omalgia – um sintoma inusitado para um diagnóstico raro.

Maria Ines Resende Soares(1);Adriana Guedes(1);Andreia Freitas(1);Rita Costa(1);Joana Mascarenhas(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo feminino, 71 anos, cognitivamente íntegra. Antecedentes pessoais polineurorradiculopatia sensitivo-motora tratada com 4 ciclos de rituximab por presunção de etiologia lúpica, após estudo. Apresentou-se no serviço de urgência com omalgia direita após queda da própria altura, astenia e alteração do estado de consciência com desorientação espaciotemporal e discurso delirante. Nas radiografias dos segmentos ósseos afetados e tomografia computorizada crânio encefálica objetivaram-se lesões líticas múltiplas associadas a hipercalcemia grave. A doente foi internada para estudo tendo-se concluído que a polineurorradiculopatia era parte de uma síndrome paraneoplásica em contexto de linfoma de células B de alto grau.

IM n.º 1348

Onde estaria osso – um caso de osteomielite crónica.

Maria Ines Resende Soares(1);Ana Sofia Silva(1);Roselia Lima(1);Jorge Reis(1);Tiago Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Doente do sexo feminino, 59 anos. Autónoma e cognitivamente íntegra. Antecedentes de carcinoma do colo do útero submetido a radioterapia em 2003 com consequente bexiga rádica e enterite rádica. Múltiplas vindas ao serviço de urgência no mesmo mês por abcesso da coxa direita de difícil resolução e queixas de dor púbica intensa apesar de forte terapêutica analgésica. É observada pela Medicina Interna por manter queixas de dor púbica a incapacitar levante e deambulação autónoma e febre com dois dias de evolução. Radiografia pélvica com destruição óssea extensa da pelve. Realizada biópsia óssea com isolamento de três microorganismos (enterococcus faecalis, escherichia coli e morganella morganii) confirmando o diagnóstico de osteomielite crónica.

IM n.º 1365

Cistite enfisematosa – uma intercorrência inesperada

Margarida Lagarto(1);Ana Lopes Santos(1);Tiago Pina Cabral(1);Marta Anastácio(1);Marta Roldão(1);Catarina Gama(1);Vanessa Branco(1);Francisca Dâmaso(1);Bruno David Freitas(1);Susana Jesus(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 91 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, internada por diarreia, dor e distensão abdominal em contexto de colite infeciosa a citamegalovírus. Apesar da ausência de queixas urinárias, a tomografia computorizada abdómino-pélvica repetida durante o internamento revelou, para além da dilatação cólica, distensão da bexiga com conteúdo gasoso em toda a espessura da parede, sugerindo cistite enfisematosa (figura 1). Isolada Escherichia coli na urocultura, cumpriu dez dias de antibioterapia dirigida com resolução do quadro (figura 2).

IM n.º 1367

Quando o óbvio não faz o diagnóstico: uma imagem incomum de litíase biliar

Margarida Lagarto(1);Marta Anastácio(1);Tiago Pina Cabral(1);Pedro Lupi(1);Margarida Ribeiro(1);Catarina Fidalgo Antunes(1);Catarina Faria(1);Cândida Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 93 anos, com antecedentes de demência de Alzheimer avançada, fibrilhação auricular, anemia por défice de folatos e artroplastia total da anca direita, foi trazida ao serviço de urgência (SU) por dispneia. À observação encontrava-se desidratada, com abdómen doloroso à palpação generalizada, sem defesa. Analiticamente leucocitose 12x10^9/L e proteína C reativa 6.2mg/dL. Radiografia do abdómen a evidenciar três cálculos calcificados radiopacos (figura 1 e 2) e ecografia abdominal a descrever achados sugestivos de colite infeciosa/inflamatória, bem como litíase vesicular não complicada, sem relação com o motivo de vinda ao SU ou de internamento.

IM n.º 1371

Elefantíase nostra verrucosa – a exuberância de uma condição multifatorial

Luís Neves da Silva(1);Ana Margarida Mosca(1);Ana Sofia Ramôa(1);João Miguel Meneses(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Outro

Um homem de 80 anos apresentou-se no serviço de urgência em anasarca e com dificuldade respiratória. A história médica era relevante para insuficiência cardíaca em NYHA IV, doença hepatica crónica, hipertensão pulmonar, doença renal crónica, obesidade e vários episódios de erisipela dos membros inferiores. Ao exame físico apresentava edema duro dos membros inferiores com placas e nódulos de aspeto em pedra de calçada. Assim, pelos antecedentes e exame físico, fez-se o diagnóstico de elefantíase nostra verrucosa, uma condição rara de edema crónico que se carateriza por hipertrofia cutânea progressiva, em consequência de condições que favoreçam a hipervolémia ou dificultem a drenagem linfática. O diagnóstico é clínico mas devem-se perceber as etiologias de forma a atuar rapidamente para evitar deformidades e consequente limitação funcional.

IM n.º 1373

Fecalomas – Um caso exuberante de um problema prevalente no idoso frágil

Luís Neves da Silva(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Medicina geriátrica

Mulher de 80 anos, acamada, veio ao serviço de urgência por obstipação com uma semana de evolução e desconforto percebido pela cuidadora. Um fecaloma de 13cm de diâmetro na ampola retal, com compressão dos órgãos abdominais, foi visivel em TC.
Este caso exuberante ilustra um problema que, não só é prevalente no idoso frágil e recorrente na prática da Medicina Interna, como tem o potencial para complicações tanto benignas como fatais. Na primeira abordagem deve ser realizado o toque retal, com intuito não só de diagnóstico mas também de desimpactação fecal. Devem-se ainda excluir complicações e causas secundárias de obstipação. Posteriormente, é que se devem usar enemas. Em ambulatório o tratamento da obstipação primária passa por medidas higienodietéticas, evicção de fármacos obstipantes e, se necessário, laxantes, primeiramente osmóticos, para dejeções a cada 1 a 2 dias.

IM n.º 1385

Migração gástrica de dispositivo intrauterino numa septuagenária

Filipa Tavares(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Cuidados paliativos

Mulher de 76 anos com um glioblastoma hemisférico em cuidados de suporte. Em angioTC tórax descritos tromboembolismo e estrutura metálica em "T", no hipocôndrio esquerdo (figura 1), a abaular a parede da grande curvatura gástrica, sem atingir o lúmen, com hiperealce focal subjacente, compatível com dispositivo intrauterino (DIU) migrado. A família desconhecia-o. Sem semiologia de perfuração gástrica e face ao prognóstico oncológico, não fez endoscopia. Ficou hipocoagulada, tendo alta ao 3º dia. Em Rx tórax prévio (figura 2) a estrutura já existia nessa topografia. A perfuração uterina é uma complicação rara (0,4 a 1,6/1000 DIU), passível de ocorrer décadas depois, de forma assintomática. A migração gástrica é excecional. A erosão gradual do miométrio será o mecanismo responsável, sem que a ressonância magnética ofereça qualquer risco de segurança com os DIUs atuais.

IM n.º 1388

Quando o bócio mergulhante… nos tira o fôlego!

Diana Isabel Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Sara Rocha(1);Rosa Ribeiro(1);José Nuno Magalhães(1);Sandra Correia(1);João Rodrigues(1);Ana Duarte(1);Marta Silva(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 91 anos, parcialmente dependente, com hipertensão arterial, sindrome da apneia obstrutiva do sono, estenose aórtica grave e bócio mergulhante para o qual recusou cirurgia em 2009, admitida por sépsis com bacteriemia a St.agalactiae. A radiografia torácica mostrava desvio da traqueia e mediastino alargado. Na tomografia computorizada relatada massa tiroideia cervicotorácica de 182 mm com compressão e infiltração da traqueia, esófago, espaços para e retrofaríngeo, adenopatias patológicas no mediastino superior. Clinicamente apresentava disfonia e disfagia para líquidos. Pelo contexto foi decidido tratamento sintomático. A imagem revelou uma massa agressiva com compromisso da via aérea, impondo gestão cuidadosa e multidisciplinar, com particular apoio da equipa de cuidados paliativos.

IM n.º 1389

Aspergilose pulmonar invasiva: sinal do crescente aéreo

Diana Isabel Rocha(1);Ana Novo(1);Ana Rita Costa(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças respiratórias

Homem, 64 anos, fumador, consumo pregresso de cocaína e heroína fumadas, sequelas de tuberculose pulmonar. Recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia e tosse mucopurulenta hemoptoica com 3 meses de evolução. Emagrecido, murmúrio vesicular diminuído no ápice direito. Havia feito dois ciclos de antibiótico sem melhoria. PCR BK negativa prévia. Imagiologicamente com desvio direito do mediastino por bronquiectasias cilíndricas com cavidades confluentes. Analiticamente PCR 70.15 mg/L, sem outras alterações. Isolado Aspergillus no lavado bronco-alveolar que tratou com voriconazol. A imagem é exuberante pela deformidade do parênquima pulmonar bem como pela presença do sinal do crescente aéreo. A presença deste sinal associa-se a diferentes diagnostico diferenciais, mas que pelos achados se assumiu o diagnostico de aspergilose pulmonar invasiva.

IM n.º 1408

A origem da febre

Margarida I. Nascimento(1);Gil Prazeres(1);Ana David do Carmo(1);Maria Inês Lopes(1);Sérgio Baptista(1);Alexandra Bayão Horta(1)
(1) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 65 anos, com quadro de febre, sudorese e calafrios com 2 semanas de evolução, sem contexto epidemiológico relevante ou melhoria após antibiótico. Investigação de ambulatório com PCR 4,26mg/dL e LDH 347 UI/L; TC tóraco-abdómino-pélvica sem alterações; e ecocardiograma sem vegetações. No internamento, realizou PET-TC que mostrou hipermetabolismo difuso do baço, sem aumento do volume ou nodularidade. Analiticamente linfocitose 5600/uL, elevação de transaminases, esfregaço de sangue periférico com sombras nucleares e carga viral de Citomegalovírus (CMV) detectável. Imunofenotipagem com predomínio de linfócitos T CD8+ sem alterações fenotípicas, HLA-DR+ e CD38+ reactivos. Admitida infecção aguda a CMV, iniciou valganciclovir, com boa evolução clínica.

IM n.º 1413

Síndrome de May-Thurner: uma causa rara de uma condição frequente.

Dra. Barbara Fontes Oliveira(1);Ricardo Cleto Marinho(2);Nuno Miguel Pereira(2);Daniela Barroso(2);Inês Amaral(2);Rita Pereira(2);Aníbal Marinho(2)
(1) Hospital de Braga (2) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças raras

síndrome de May-Thurner representa uma variação anatómica em que há compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra a vértebra subjacente, levando a estase venosa e ao aumento do risco trombótico.
Apresenta-se o caso de uma mulher de 44 anos de idade, com antecedentes de transtorno de personalidade borderline e tabagismo ativo. Admitida por dor e edema do membro inferior esquerdo com 2 dias de evolução. O angio-TC mostrou extensa trombose venosa íleo-femoro-poplítea esquerda, identificando-se o seu início no local do cruzamento da veia ilíaca comum esquerda com a artéria ilíaca comum direita, compatível com Síndrome May-Thurner. Foram excluídas outras causas de aumento do risco trombótico.

IM n.º 1428

Abcesso Pulmonar Obstrutivo

Pedro Araújo Rodrigues(1);Pedro Moura(1);Patrícia Rocha(1);Margarida Silva(1);Jorge Salomão(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 58 anos com carcinoma epidermoide do pulmão estadio cIIIB proposto para quimioterapia e radioterapia que aguardava agendamento e antecendentes de AIT,tabagismo e consumos etílicos. Tendo sido admitido por dispneia e tosse produtiva. Realizou TC tórax que mostra consolidação do lobo superior direito no seio da qual existe imagem hidroaérea com 13x10 cm sugerindo processo abcedado.Redução do calibre do brônquio principal direito com densificação tecidular peri-brônquica. Internado por pneumonia obstrutiva do pulmão com abcesso pulmonar no lobo superior direito. Realiza broncofibroscopia rígida efetuou-se desobstrução mecânica com colocação prótese. Isolamento no LB de enterobact cloacae complex e Enterobacter hormaechei,inicialmente sob Piperacilina/Tazobactam e alterou-se para Clindamicina, segundo TSA.

IM n.º 1431

A primeira pista para o diagnóstico de uma neoplasia

Ana Sofia Silva(1);Andreia Mandim(1);Joana Vasconcelos(1);Fani Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Mulher de 69 anos recorreu ao SU por edema eritematoso periorbitário, eritema na região anterior do tórax, astenia, fraqueza muscular simétrica proximal e rubor nas articulações interfalângicas distais das mãos com 2 semanas de evolução. Analiticamente VS 57mm/1h, CK 557 U/L, mioglobina 420 ng/ml, DHL 640 ng/ml. Iniciou CCT 1mg/Kg com ligeira melhoria. Do restante estudo: anticorpos anti-TIF-1γ positivos, electromiografia normal e biópsia muscular a confirmar miopatia inflamatória com características de dermatomiosite (DM). Associada hidroxicloroquina 400mg e prosseguido estudo com EDA que revelou adenocarcinoma gástrico tubular. Submetida a gastrectomia total, com melhoria das manifestações de DM, a permitir redução de CCT. A idade avançada, fraca resposta à corticoterapia e positividade para certos autoanticorpos devem elevar a suspeição de neoplasia na DM.

IM n.º 1441

Uma opacidade nebulosa

Paulo Jorge Castro Pereira(1);José Damasceno e Costa(1);Cristiana Honrado Martins(1);Carla Campinho Ferreira(1);Filipa Abreu Martins(1);Luís Monteiro Dias(1);Vânia Gomes(1);Céu Rodrigues(1);Guilherme Castro Gomes(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 75 anos, internado por traqueobronquite e insuficiência respiratória tipo 2.
Imagiologicamente o tórax mostrava uma condensação intrigante, à direita, de contornos policíclicos, correspondente a aglomerado de bolas de lucite permeadas com cálcio. As alterações decorrem da colapsoterapia pulmonar, recurso usado no tratamento da tuberculose (TB) antes da era dos antibacilares, em que, através da frenectomia ou introdução de bolas de lucite após remoção de costelas, se encerrava a cavitação, reduzindo ainda a deformidade da parede torácica associada.
À altura, acreditava-se que a TB se curava com bons ares, repouso e boa dieta. A frenectomia entrava no conceito do repouso pulmonar.

IM n.º 1445

Pneumomediastino secundário a procedimento de limpeza dentária

João Bessa e Silva(1);Luísa Serpa Pinto(1);Sara Vieira Silva(1);Rita Rego(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 36 anos, recorreu ao serviço de urgência 1h após limpeza dentária com jato de bicarbonato, por aparecimento súbito de rubor e edema da hemiface esquerda (peri-orbitário e terço inferior), com extensão à região cervical ipsilateral. Sem queixas respiratórias. Apresentava enfisema subcutâneo cervical, na região superior do tórax e da hemiface esquerda. TC maxilofacial a revelar enfisema ao longo da face e do pescoço à esquerda, com extensão até ao tórax superior (Fig. 1, 2 e 3) e sinais de pneumomediastino. Iniciou antibioterapia e corticoterapia EV, com posterior melhoria do quadro. Resolução dos sinais de enfisema < 3 dias.
O pneumomediastino é uma complicação rara, mas que deve ser excluída, sobretudo na presença de enfisema cervical.

IM n.º 1463

PGEA (Pustulose generalizada exantemática aguda) a Amoxicilina

Daniela Barbosa(1);Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Joana Carvalho de Sousa(1);Teresa Fonseca(1);Cristiana Ferreira(1);Nuno Magalhães(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Outro

Doente de 48 anos, sexo masculino que iniciou profilaxia com amoxicilina por implante dentário. Após 18 horas da 1ª toma desenvolveu febre e múltiplas lesões eritematosas com edema, com extensão progressiva e acompanhada por múltiplas pústulas não-foliculares de pequena dimensão. Analiticamente PCR de 185.5mg/dl e leucocitose (44.8x109/L com 90% de neutrófilos). Iniciou terapêutica com corticoides orais com melhoria progressiva e completa.
A PGEA caracteriza-se por quadro febril associado ao aparecimento súbito de lesões eritematosas com edema e múltiplas pústulas estéreis não foliculares. Cerca de 90% dos casos são induzidos por fármacos, sendo os antibióticos beta-lactâmicos os mais frequentemente envolvidos.

IM n.º 1479

Tromboembolismo Pulmonar (TEP) em Sela

Nuno Cotrim(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1);Paula Cerqueira(1);Marta Cerol(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher, 72 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por edema do membro inferior esquerdo, cansaço, vómitos e tosse seca com três dias de duração. História de fratura do grande trocânter esquerdo um mês antes do início das queixas, com indicação para terapêutica conservadora. Realizou terapêutica com enoxaparina profilática durante 12 dias.
À admissão normotensa, normocárdica e com SpO2 em ar ambiente de 95%. Analiticamente com elevação dos D-dímeros (5289 mg/dL) e NT-proBNP (9245 mg/dL). Realizou angioTC do tórax que mostrou volumoso tromboembolismo pulmonar bilateral com componente em sela e afetando todos os lobos pulmonares, a condicionar dilatação das câmaras cardíacas direitas, com volumoso trombo intra-ventricular direito.

IM n.º 1483
Síndrome Nutcracker
Catarina Pinto Silva(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Outro

A Síndrome Nutcracker, condição relativamente rara, é geralmente causada pela compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior contra a aorta. Do fenómeno resulta hipertensão da veia renal esquerda e a síndrome habitualmente manifesta-se por dor lombar esquerda e abdominal, com ou sem hematúria macroscópica, microscópica ou proteinúria.
As imagens em medicina retratam caso de mulher de 29 anos com episódios de micro-hematúria persistente, o sedimento urinário revelava micro-hematúria sem dismorfias eritrocitárias.
Foi realizada Tomografia Computorizada (TC) abdomino-pélvica dirigido, que confirmou a existência de compressão da veia renal esquerda entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal, estabelecendo o diagnóstico Síndrome de Nutcracker.
Optou-se por estratégia terapêutica conservadora com vigilância clínica.

IM n.º 1486

Pericardite Constritiva Idiopática

Nuno Cotrim(1);Mafalda Cordeiro de Sousa(1);Paula Cerqueira(1);Marta Cerol(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cardiovasculares

A pericardite constritiva de etiologia idiopática ou viral representa 42-49% dos casos deste tipo de pericardite nos países desenvolvidos. Apresentamos um homem de 69 anos, diagnosticado com pericardite constritiva em 2020 após internamento por insuficiência cardíaca associada a insuficiência respiratória parcial e derrame pleural, mais abundante à direita. Após a alta, manteve seguimento em consulta de Medicina Interna e Cardiologia para estudo etiológico, que permaneceu inconclusivo após marcha diagnóstica, não pudendo excluir exposição ocupacional como etiologia. Por compromisso da função cardíaca direita e qualidade de vida diminuída, o doente foi submetido a pericardiectomia bilateral antefrénica com melhoria sintomática.

IM n.º 1497

Quando o exame objetivo faz suspeitar um mau diagnóstico!

Diana Brites(1);Filipa Leitão(1);Joana Carvalho(1);Soraia Proença e Silva(1);Catarina Forra(1);Mafalda Ferreira(1);Sara Sintra(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças hematológicas

Homem de 34 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência, por dor torácica anterior e aumento do volume do pescoço, com 1 mês de evolução. À admissão, com talangiectasias no tórax e síndrome da veia cava superior. A radiografia do tórax mostrou alargamento do mediastino superior. A tomografia computorizada revelou tumor mediastínico de 8,9x7,5cm, com oclusão do tronco braquiocefálico esquerdo e estenose da veia cava superior. Foi efetuada angiografia com repermeabilização vascular através da colocação de stent e toracoscopia para estudo da lesão que mostrou um linfoma B primário do mediastino. Este caso observado pela Medicina Interna, implicou encaminhamento urgente e intervenção cirúrgica rápida, sendo um diagnóstico importante pelo seu mau prognóstico.

IM n.º 1503

Necrose Esofágica Aguda – Uma causa rara de uma queixa recorrente

Cláudia Diogo(1);Luís Luz(1);Ana Cláudia Cunha(1);Patrícia Fernandes(1);Tiago Pais(1);Daniela Antunes(1);Bruno Cabreiro(1);Carolina Fernandes(1);Ana Isabel Rodrigues(1);Ana Catarina Domingues(1);Joana Raquel Monteiro(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) CHLeiria St. André

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A Necrose Esofágica Aguda constitui uma raridade clínica com prevalência de 0.01-0.28% mas mortalidade de 33-50%. Habitualmente apresenta-se como hemorragia digestiva alta. Mais raramente, surge dor epigástrica, toracalgia, disfagia e anorexia. O diagnóstico implica endoscopia alta e biópsia das lesões. Por vezes, a concomitância de outras patologias impossibilita a realização de biópsia complementar. Assim, acredita-se que a prevalência esteja subvalorizada.
Apresenta-se um doente tipo que recorreu ao Serviço de Urgência por dor epigástrica pós prandial e irradiação retroesternal, náuseas e vómitos mas sem outros achados, nomeadamente hemorrágicos. As imagens partilhadas expõem o inequívoco contraste entre a mucosa saudável e isquémica.

IM n.º 1507

ABCESSO CERVICAL PROFUNDO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Danay Perez(1);João Caiano Gil(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 82 anos, com antecedentes de insuficiência venosa periférica, internado por pneumonia COVID-19 com insuficiência respiratória grave. Durante o internamento, documentada bacteriemia a Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA), com ponto de partida em úlceras crónicas dos membros inferiores e focalização em artrite séptica esternoclavicular direita e abcesso infra-hioideu ipsilateral de rápido crescimento. Submetido a controlo de foco com drenagem cirúrgica, seguido de 12 semanas de antibioterapia dirigida, com evolução clínica favorável. A imagem apresentada assinala para uma complicação grave decorrente da invasão direta dos tecidos por MRSA, que pode ser fatal se não for identificada e abordada atempadamente.

IM n.º 1508

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM SELA: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Danay Perez(1);João Caiano Gil(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica sob terapêutica dialítica de substituição renal, admitido no serviço de urgência por quadro de dor epigástrica, hipersudorese e vómitos. Efetuou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que excluiu patologia abdominal, mas revelou tromboembolismo pulmonar (TEP) maciço em sela. O doente evoluiu com choque obstrutivo e disfunção múltipla de órgãos, sem melhoria após medidas de suporte otimizadas, culminando em óbito. A imagem alerta para a presença de embolia pulmonar em sela, tradutora maioritariamente de TEP maciço, com importante compromisso hemodinâmico e elevada mortalidade.

IM n.º 1519

EMBOLIA GASOSA – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Danay Perez(1);João Caiano Gil(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem de 69 anos, com adenocarcinoma pulmonar estadio T1bN2M0, proposto para biopsia transtorácica para caracterização de lesão pulmonar “de novo”. No pós-procedimento imediato, com episódio de síncope, acompanhada de hipotensão arterial, bradicardia e hemiparesia esquerda. Efetuou tomografia computadorizada cerebral, que evidenciou múltiplas bolhas gasosas em topografia justa-cortical, frontal lateral e temporo-occipital à direita, secundárias a embolia gasosa. Submetido precocemente a Oxigenoterapia Hiperbárica, com recuperação gradual dos défices neurológicos. Este caso alerta para uma entidade que se associa a uma elevada morbimortalidade na ausência de diagnóstico e tratamento atempados.

IM n.º 1527

Pneumomediastino

Ana Patrícia Brito(1);Daniela Neto(1);Nádia Ferraz(1);André Pereira(1);Filipe Gonçalves(1);Jorge Cotter(1)
(1) hospital de Srª da Oliveira / Guimarães

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 39 anos, autónoma. Como antecedentes com Carcinoma ductal invasor da mama sob terapêutica com Tamoxifeno e Linfoma de Hodgkin subtipo esclerose nodular, com autotransplante em 2018 e transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos em 2019 sob Prednisolona.
Internada entre 02 e 13/04 após recorrer ao SU por dispneia com 15 dias de evolução, no internamento foi confirmada Pneumonia por Pneumocystis jiroveci em PCR de aspirado por broncofibroscopia. Iniciou Cotrimoxazol e foi transferida para hospitalização domiciliária.
Encaminhada ao SU 4 dias após a alta por dispneia, à admissão com necessidade de oxigenoterapia com FiO2 40%. Realizou TC-tórax com evidência de Pneumomediastino, em provável contexto pós-broncofibroscopia.

IM n.º 1532

Semiologia e suspeição clínica: a base do internista – a propósito de um caso de Síndrome de Ogilvie

Sofia Santos Pereira(1);Maria Lima Costa(2);Hélia Mateus(2);Edite Nascimento(2)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Medicina geriátrica

Homem de 91 anos, antecedentes de hipertensão arterial e fratura da anca há um mês submetida a tratamento cirúrgico. Admitido por vómitos e dor abdmominal. Ao exame objetivo com exuberante distensão do abdómen, hipertimpânico.
Dos exames complementares destaque para: hiponatremia, hipocalcemia e distensão maciça do cólon com cego de 14cm. Colocada de antemão a hipótese Síndrome de Ogilvie (SO) e realizada colonoscopia descompressiva com melhoria clínica e radiológica francas.
A SO caracteriza-se por uma dilatação acentuada do cólon sem causa mecânica associando-se a várias condições, como cirurgias ortopédicas e distúrbios iónicos; a fratura da anca e a hipocalcemia são, respetivamente, as mais comuns.
Destacamos com este caso a importância da semiologia precisa e da suspeição clínica, pilares fundamentais no quotidiano do internista.

IM n.º 1538

Penfigóide bolhoso: à melhor de três

Sofia Santos Pereira(1);Elisa Veigas(1);Andreia Ferreira Moreira Lopes(1);Dora Gomes(1);Maria Lima Costa(1);Hélia Mateus(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem de 82 anos, diabético. Terceira ida ao serviço de urgência por prurido. À nossa observação com lesões bolhosas tensas dispersas pelo tronco e membros, sobre placas eritematosas. Equacionado diagnóstico diferencial de penfigóide bolhoso (PF), pênfigo IgA linear e dermatite espongiótica.
Biópsia cutânea com dermatose bolhosa dermoepidérmica sem perturbação do epitélio de revestimento rica em eosinófilos, caraterístico de PF; autoimunidade positiva para anti-BP 180 e biópsia confirmatória de PF com imunofluorescência a mostrar deposição linear de C3.
Gestão sintomática e terapêutica difícil: sem melhoria sob corticóide (CCT) nem com a associação CCT/dapsona. Boa evolução sob azatioprina que por hepatoxicidade teve de ser suspensa. Melhoria muito lenta sob corticoterapia oral, tópica e cuidados de penso regulares com alta após 3 meses a admissão hospitalar.

IM n.º 1554

A dona da bola

Marta Sanches(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Ana Catarina Bravo(1);Rita Costa Chu(1);Beatriz Castro Silva(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Inês Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Paula Peixinho(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 87 anos com história de múltiplas quedas. Internada por queda em contexto de AVC isquémico. A radiografia de tórax mostrou uma massa calcificada na base pulmonar esquerda, confirmada por TC, com 10,9cm, sem realce interno, extra-parenquimatosa e periférica. Colocadas as hipóteses de hemotórax calcificado crónico e tumor fibroso solitário da pleura. Seria necessário excluir esta última dado o crescimento local e por eventual compressão. O tratamento incluiria excisão cirúrgica, dado o comportamento habitualmente benigno. Decidiu-se não realizar bio´psia, nem manter vigilância, dado não haver benefício para a doente. Um reconhecimento mais antecipado da patologia teria permitido um diagnóstico e intervenção mais precoce.

IM n.º 1561
Um grão de café

Marta Sanches(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Ana Catarina Bravo(1);Rita Costa Chu(1);Beatriz Castro Silva(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Inês Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Paula Peixinho(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 85 anos, com história de cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular, demência de corpos de Lewy, obesidade e MGUS.
Apresenta quadro de distensão abdominal, e dejeções líquidas abundantes, uma a duas vezes por dia, por vezes com muco, com meses de evolução. Concomitantes acompanhado de hipocaliemia. Nos dois anos prévios ao quadro apresentava queixas de obstipação.

Assumido quadro de pseudo-obstrução cólica crónica, que em tomografia apresenta distensão cólica difusa associada a espessamento parietal da junção recto-sigmoideia. Radiograficamente compatível como sinal “grão de café”, associado ao volvo sigmoideu.

IM n.º 1564

Baço meu, Baço meu, diz-me lá o que tenho Eu?

Pedro Simões(1);Liliana Simões(1);Andreia Diegues(1);Filipa Rodrigues(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Micaela Sousa(1);Sandra Sousa(1);Sara sá(1);Elisa Tomé(1);Miriam Blanco(1)
(1) Hospital Bragança

Tema: Doenças hematológicas

Masculino, 60 anos, autónomo, sem antecedentes. Admitido por dor abdominal episódica no hipocôndrio esquerdo, 8/10, agravada com a inspiração com 3 meses de evolução, com agravamento na véspera. Sem alívio com paracetamol. Sem sintomas constitucionais associados. Exame objetivo, estudo analítico e Raio X sem alterações de relevo. TAC abdominal a demonstrar massa com crescimento exofítico no quadrante superior esquerdo, na dependência do contorno anterior do baço com 11,4x10,8cm de eixo axial por 10,9 cm de eixo longitudinal, com realce periférico e centro hipodenso. Realizou esplenectomia, anatomia patológica a revelar envolvimento esplénico por linfoma B periférico, com características de linfoma B difuso de células grandes.

IM n.º 1570

Síndrome de Ogilvie associado a infecção por Sars-Cov-2

Inês Fonseca Marques(1);Letícia Santos(1);Filipa Monteiro(1);Érica Barata(1);Conceição Escarigo(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Síndrome de Ogilvie corresponde a uma distensão abdominal aguda por dilatação do cólon sem uma obstrução mecânica subjacente. O diagnóstico é de exclusão e, se não reconhecida e tratada atempadamente, pode levar a perfuração intestinal, peritonite e morte.
Descreve-se o caso de um homem de 86 anos, internado por pneumonia a SARS-Cov-2 a condicionar hipoxémia. Ao 3º dia de internamento inicia quadro de distensão e dor abdominal difusa, associada a ausência de emissão de gases e fezes. Realizou TAC abdomino-pélvico onde se apurou marcada distensão cólica, sem evidência de fecalomas ou outra causa de obstrução mecânica. Admitiu-se Síndrome de Ogilvie em provável contexto infeccioso. Foi tentada descompressão por sonda de enteroclise, sem efeito, com necessidade de colonoscopia descompressiva.

IM n.º 1586

Discrasia hemorrágica nutricional.

Filipa Sousa Gonçalves(1);Catarina Jacinto Correia(1);Inês Ferreira Pinto(1);Nina Jancar(1);José Duro(1);Bárbara Queiroz(1);Mariana Simões(1);Joana Martins(1);Patrício Aguiar(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Mulher, 91 anos, clinicamente frágil e dependente, internada por infeção por SARS-CoV2 associada a discrasia hemorrágica mucocutânea (conjuntival, gengival e equimoses dispersas), associada a doença periodontal, queda de peças dentárias e necrose da língua. Analiticamente: anemia, ferropénia, folatopenia, défice de vitamina B12 e prolongamento espontâneo do TP por défice de vitamina K. Escorbuto confirmado por doseamento de vitamina C. Iniciou ácido ascórbico e fitomenadiona com melhoria da discrasia.
O escorbuto tem consequências potencialmente graves, agravado por associação com outros défices vitamínicos, sendo facilmente reversível. É importante o reconhecimento destas situações raras, associadas à desnutrição em populações frágeis.

IM n.º 1618

Insuficiência cardíaca agudizada ou… dissecção da aorta?

Catarina Vasconcelos Forra(1);Diana Brites(1);Olga Korobka(1);Beatriz Ribeiro(1);Rui Parente(1);Rui Isidoro(1);Alexandre Louro(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 84 anos com antecedentes pessoais de prótese valvular mecânica e hipocoagulado com varfarina. Recorre ao Serviço de Urgência por dispneia para esforços progressivamente menores e dispneia paroxística noturna com três dias de evolução, sem dor torácica. Da avaliação a destacar auscultação pulmonar com sibilos expiratórios, edemas dos membros inferiores e análises com NT-proBNP elevado. Por alargamento do mediastino em radiografia torácica foi pedida tomografia computorizada que em protocolo angiográfico descreve dilatação aneurismática da aorta ascendente com maiores diâmetros de 83x79mm, sinais de dissecção de características não recentes e moderado derrame pleural direito. Clinicamente estável, foi orientado para Cirurgia Cardiotorácica.

IM n.º 1620

Abcesso profundo com conteúdo gasoso

Ana Luís Vasconcelos(1);Luís Neves da Silva(1);Sofia Nogueira Fernandes(1);Ana Margarida Mosca(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 65 anos, admitido por choque séptico com ponto de partida em lesão do membro inferior esquerdo, com bacteriemia a Staphylococcus aureus meticilino-sensível (MSSA). Cumpriu 14 dias de antibioterapia eficaz.
Posteriormente surgiu edema do membro inferior direito e enfisema subcutâneo na coxa. A TAC mostrou volumoso abcesso profundo multiloculado, da raiz da coxa ao joelho, com múltiplas bolhas gasosas, edema do tecido subcutâneo e sinais de artrite séptica do joelho. Submetido a desbridamento local e colocação de vários drenos. O exame microbiológico do pus isolou um MSSA.
A bacteriemia pode causar infeções piogénicas metastáticas, como abcessos musculares profundos. A presença de gás é normalmente associada a anaeróbios da família clostridium, sendo rara em infeções por Staphylococcus aureus.

IM n.º 1626
Um "grande" achado

Ana Luís Vasconcelos(1);Luís Neves da Silva(1);Sofia Nogueira Fernandes(1);Ana Margarida Mosca(1);Rosário Araújo(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças oncológicas

Sexo feminino, 94 anos, com ligeira dependência física. Antecedentes de mastectomia direita há 30 anos por neoplasia. Internada por celulite do membro inferior esquerdo. Ao exame físico identificado nódulo duro, de contornos irregulares, cerca de 6x4cm na mama direita, sem extensão axilar, assim como massa abdominal dura com cerca de 10cm, de contornos heterogéneos. Em TAC abdomino-pélvica suspeita de neoplasia mamária com metastização hepática e carcinomatose peritoneal. A imagem ilustra uma metástase hepática com 10cm de diâmetro e espessamento do peritoneu. Destaca-se a raridade desta apresentação exuberante, numa doente idosa, com bom estado geral, sem deterioração física ou cognitiva e sem complicações locais por compressão extrínseca.

IM n.º 1641

Linfangite Carcinomatosa: de uma radiografia alterada a uma doença avançada

Catarina Vasconcelos Forra(1);Diana Brites(1);Olga Korobka(1);Beatriz Ribeiro(1);Rui Parente(1);Rui Isidoro(1);Alexandre Louro(1);Maria Eugénia André(1)
(1) Hospital Amato Lusitano

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 76 anos, ex-fumador, recorre a um Serviço de Urgência por um quadro de cinco semanas de evolução com agravamento progressivo constituído por tosse com expetoração, dispneia para esforços e dores generalizadas, previamente interpretado como infeção respiratória. Apesar de exame objetivo e avaliação analítica sem alterações relevantes, apresenta radiografia torácica alterada, o que motiva realização de tomografia computorizada. Esta revela nódulo com 22mm no lobo superior direito do pulmão, várias micronodularidades bilaterais e espessamento difuso do interstício pulmonar à direita sugestivo de linfangite carcinomatosa. Ficou internado para estudo, que concluiu tratar-se de um carcinoma não pequenas células do pulmão em estadio IVA.

IM n.º 1643

O desconforto que nem sempre é enfarte

Ruben Rego Salgueiro(1);Miguel Gonçalves Pereira(1);Catarina Tavares Valente(1);Jessica Marta Paiva Fidalgo(1);Sónia Cristina Cardoso Canadas(1);João Correia(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A dissecção da aorta é uma condição rara, emergente, com uma letalidade de 1 a 2% por hora após o início dos sintomas.
Homem de 78 anos recorreu por desconforto torácico e abdominal no flanco direito com parestesias no membro inferior direito, sem história de trauma, com uma hora de evolução. Apresentava sopro sistólico grau II/VI, audível em todo o precórdio, pressão arterial do braço esquerdo de 145/65mmHg e direito 88/74mmHg. Eletrocardiograma com bradicardia sinusal e tomografia computorizada (TC) do crânio normal. Realizou TC tórax que evidenciou uma dissecção aguda da aorta do tipo A. O doente foi encaminhado para um hospital central para intervenção, tendo acabado por falecer.

IM n.º 1660

Inspeção ungueal no tratamento de Neoplasias Mieloproliferativas

NUNO DAVID DIAS PARDAL(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Diana Guerra(1)
(1) Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 78 anos diagnosticada em consulta externa com Trombocitose Essencial de alto risco, iniciou terapêutica com hidroxiureia e ácido acetilsalicílico. Durante o seguimento, cerca de 3 meses após início da terapêutica objetivada melanoníquia de novo (Fig1) secundária à hidroxiureia, sem história de trauma. Este é um tipo de hiperpigmentação ungueal raro relacionado com tratamento com agentes citostáticos que pode surgir entre 4 semanas a 5 anos após o início da terapêutica; é mais frequente nos dedos indicador e polegar, predominantemente em mulheres e ocorre por mecanismos pouco esclarecidos. As bandas longitudinais são o padrão mais característico. Neste caso foi decidido com a doente, face ao risco-benefício, manter a terapêutica.

IM n.º 1677

Abcessos hepáticos piogénicos – como tratar?

Bárbara Azevedo de Sousa(1);Joana Silva(1);Joana Fontes(1);Sofia Ferreira(1);Carlos Rego Gonçalves(1);André Calheiros Martins(1);Elsa Araújo(1);António Ferro(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A etiologia e a patogénese dos abcessos hepáticos têm sofrido uma mudança nos últimos anos. Sendo a sua incidência baixa, constituem, um desafio clínico.
Mulher de 75 anos, antecedentes de diverticulose, com dor abdominal, febre e vómitos com uma semana de evolução.
Realizada Tomografia Computorizada abdominal com evidência de lesão hepática multiloculada, de parede captante, sugestiva de abcesso piogénico, vesícula e vias biliares sem alterações e sem sinais de diverticulite.
Efetuada drenagem de coleção e antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam. Por não apresentar melhoria, foi associado Metronidazol, cumprindo no total 14 dias de antibioterapia, com boa evolução. Os exames bacteriológicos (pús e hemoculturas) foram negativos.

IM n.º 1690

Mesotelioma e cifoescoliose torácica

Manuel de Albuquerque(1);Cláudia Neves(1);Inês Urmal(1);João Teixeira(1);Pedro Mesquita(1);Beatriz Barata(1);Elisabete Sousa(1);Carlota Lalanda(1);Jorge Frade(1);Maria Rebelo(1);Catarina Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

O mesotelioma pleural é uma neoplasia rara da pleura pulmonar, com incidência 0,0001%/ano em Portugal. Mais de 90% dos mesoteliomas pleurais surgem em contexto de asbestos.
Homem, 65 anos, com história de tabagismo e cifoescoliose torácica congénita e sem história de contacto com fibras de asbestos, apresentou-se com astenia, adinamia, anorexia e perda ponderal. Realizou tomografia computorizada (TC) torácica que identificou espessamento pleural 50x35mm para-cardíaco direito, sem padrão típico de asbestose. A biópsia pleural revelou mesotelioma pleural.
As imagens da TC ilustram a dificuldade em identificar um espessamento pleural num doente com deformação da caixa torácica. Destaca-se ainda a ausência de asbestose num caso de mesotelioma.

IM n.º 1704

Glioblastoma em borboleta - uma imagem faz o diagnóstico

Nuno Pardal(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Cátia Barreiros(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças raras

Mulher de 85 anos admitida por prostração com duas semanas de evolução. Realizou ressonância magnética cerebral que revelou múltiplas lesões expansivas nodulares intra-axiais com reforço sólido anelar nas regiões cortico-subcorticais occipitais anteriores bilateralmente (1 e 2), com conglomerado lesional a abranger a linha média calosa ventral por glioblastoma multiforme “em borboleta” (3). Este é um raro tumor cerebral que invade ambos os hemisférios cruzando o corpo caloso, com elevada agressividade e prognóstico bastante reservado. Apresentam-se as seguintes imagens pela raridade e especificidade no diagnóstico de glioblastoma do corpo caloso.

IM n.º 1706

Coagulação catastrófica

Inês Isabel Branco Carvalho(1);Margarida Pimentel Nunes(1);Isabel Montenegro Araújo(1);Ana Isabel Brochado(1);David Prescott(1);Vânia Rodrigues Pereira(1);Beatriz Castro Silva(1);Marta Sanches(1);Gabriel de Carvalho Ferreira(1);Rita Costa Chu(1);Ana Catarina Bravo(1);Carla Araújo(1);António Martins Baptista(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Angelo

Tema: Doenças hematológicas

Mulher, 77 anos com tumor neuroendócrino do pulmão estadio IV. Foi à urgência por edema bilateral dos membros inferiores (MIs) com 1 semana de evolução e agravamento progressivo. À observação edema exuberante dos MIs bilateral, à direita tenso e com hematoma da face interna da perna. Análises com anemia e trombocitopenia graves, tempos de coagulação muito aumentados, fibrinogénio <80mg/dL e d-dímero >32.5mg/L. Tomografia computadorizada: volumoso hematoma subcutâneo na face medial da perna direita, com sinais de hemorragia ativa. Assumida coagulação intravascular disseminada (CID) paraneoplásica. Apesar de suporte transfusional, com agravamento clínico, hematológico e compromisso neurocirculatório. Recusou fasciotomia descompressiva ou amputação, vindo a falecer. Este caso realça a gravidade da CID, exigindo identificação e intervenção muito céleres.

IM n.º 1710

Síndrome de Achenbach - Hematoma Digital Espontâneo

Sérgio Resende Alves(1);Cristiana Batouxas(1);Sara sá(1);Tiago Ceriz(1);Andreia Diegues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças raras

A Síndrome de Achenbach é uma entidade rara, benigna e autolimitada caracterizada pela coloração azulada na face palmar. As falanges distais e o leito ungueal são habitualmente poupados. O diagnóstico baseia-se na história clínica e exames complementares para exclusão de diagnósticos diferenciais.
Apresenta-se um homem de 48 anos com uma alteração vascular do 3º dedo da mão direita com 2 dias de evolução e sem história de trauma. Ao exame objecivo apresentava edema indolor do 3º dedo com limitação da flexão. O doente evoluiu com resolução completa em 5 dias, sem sequelas. O doente realizou estudo auto-imune alargado e capilaroscopia que não revelaram alterações.
É importante reconhecer a Síndrome de Achenbach e diferenciá-la de outras doenças que apresentam alteração da coloração com vista a tranquilizar os doentes.

IM n.º 1726

Fígado beaver tail - uma variante do normal

IVÁNIA FURTADO(1);José Leão Mendes(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Outro

Fígado *beaver tail é* uma variante anatómica rara do fígado, na qual o lobo hepático esquerdo estende-se lateralmente até ao baço, ocultando-o. O seu parênquima é normal e apresenta os mesmos riscos patológicos que o resto do fígado, com exceção a traumas associados ao quadrante abdominal superior esquerdo e hemitórax esquerdo. A sua diferenciação imagiológica do baço pode ser difícil.
Neste caso relata-se uma mulher de 47 anos, com carcinoma da mama e mestatização hepática em estudo. O fígado *beaver tail* foi um achado incidental da ressonância magnética abdominal realizada para estadiamento da doente.

IM n.º 1730

Porfiria Cutânea Tarda – Uma Patologia Rara a Considerar Perante Refratariedade Terapêutica

Patrícia Tinoco Araújo(1);Ana Rita Branco(1);Diogo Alves(1);Pedro Pinto(1);António Ferreira(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Homem, 61 anos. Ex-fumador (140UMA), hábitos etílicos (84g/dia). Desde 2014 com prurido generalizado e lesões eritematodescamativas nas mãos com bolhas e flictenas (Fig. A-B), agravadas com exposição solar. Melhoria transitória sob corticóide tópico. Em 2019 orientado para consulta de Medicina Interna. Estudo inicial negativo, sem anemia, ferritina 229ng/mL. Colocada suspeita de porfiria. Estudo urina 24h de porfirinas compatível com diagnóstico de porfiria cutânea tarda. Aconselhada evicção alcoólica e de exposição solar. Iniciou flebotomias sem recorrência das lesões após ferritina <50ng/mL (Fig. C).

IM n.º 1731

Síndrome Melkersson-Rosenthal – Manifestação Incomum Extra-intestinal de Doença de Chron

Patrícia Tinoco Araújo(1);Ana Rita Branco(1);Isabel Tarrio(1);Diogo Alves(1);Pedro Pinto(1);António Ferreira(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 62 anos. Doença de Chron (DC) diagnosticada em 2013, sob azatriopina e infliximab controlada. Em 2018 com paralisia facial periférica direita e edema do lábio inferior esquerdo (Fig. A-B). Levantada suspeita de Síndrome de Melkersson-Rosenthal, confirmada por biópsia de lesão do lábio. Iniciou tratamento com prednisolona 60mg, com recidiva. Posteriormente, terapêutica com dapsona, sem melhoria significativa e desenvolvimento de anemia hemolítica, pelo que foi suspensa. Por fim, submetida à injeção de triamcinolona intralabial com resolução. O envolvimento oral na DC é frequente. Contudo, na ausência de melhoria com o seu tratamento e na presença de outros sintomas deve-se equacionar outros diagnósticos

IM n.º 1734

O verdadeiro culpado desta largada de balões

Elisabete Dulce Mendes(1);Sócrates Vargas Naranjo(1);Isabel Soles(1)
(1) MEDICINA - HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE - PORTALEGRE

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 87 anos, seguida em consulta de oncologia por adenocarcinoma do colon. Foi levada ao serviço de urgência por agravamento do quadro de dispneia e desorientação com vários dias de evolução. À admissão, dos exames complementares de diagnósticos, destaca-se a radiografia torácica com vários nódulos bilaterais com padrão "largada de balões" que não estavam presentes em radiografia realizada há menos de um ano, levantando-se a possibilidade de metastização neoplásica. A tomografia computadorizada crâneo-encefálica revelou uma formação expansiva endocraniana arredondada de 2,8 cm em topografia profunda justa-ventrícular têmpero-parietal esquerda com estrutura heterogénea, sugerindo lesão neoplásica primária ou secundária. Com o estudo realizado durante o internamento foi diagnosticado adenocarcinoma do colon com metástases pulmonares e cerebrais.

IM n.º 1735

Um caso de Pielite enfisematosa

Luís Miguel Pereira(1);Tatiana Oliveira(1);Ana Gorgulho(1);Inês Nabais(1);Natália Fernandes(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

As infecções do tracto urinário (ITU) são entidades comuns no serviço de urgência. Quando existe produção de gás pelo agente agressor designa-se por enfisematosa. A pielite enfisematosa é caracterizada pela presença de gás confinada no sistema excretor renal.
Mulher de 84 anos, dependente, trazida ao serviço de urgência por dor abdominal difusa. Avaliação laboratorial com agravamento da função renal e aumento de parâmetros inflamatórios. Assumiu-se ITU e iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico. Isolou-se *klebsiella pneumoniae* em urocultura. Radiografia abdominal revelou a presença de gás no sistema excretor à esquerda. Realizou ainda tomografia computorizada confirmando a presença de gás, com cálculo obstrutivo concomitante.

IM n.º 1748

Tuberculose, uma realidade a ter em atenção - Um diagnóstico sempre presente

Pedro Fernandes Moura(1);Núria Condé(1);Rita Xavier(1);Manuel Pinto(1);Pedro Neves(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 62 anos, com antecedentes de silicose pulmonar e tuberculose pulmonar. Apresentava reativação de tuberculose pulmonar, sob tratamento com 4 agentes antibacilares há 1 mês, quando recorreu ao serviço de urgência por dispneia agravada. Permaneceu internado durante 11 dias, tendo vindo a ter alta com necessidade de oxigenoterapia de longa duração.

Ao longo da abordagem do doente foi possível realizar uma comparação dos achados imagiológicos do doente. De seguida apresenta-se uma radiografia do tórax do doente 4 anos antes do episódio descrito (imagem A), uma outra (Imagem B) no momento de reativação de tuberculose com necessidade de internamento, e uma última (Imagem C), 9 meses após a agudização respiratória, num doente ainda sob terapêutica antibacilar.

Servem estas imagens para alertar para um diagnóstico que ainda apresenta uma elevada incidência em Portugal.

IM n.º 1750

Aeroportia intra-hepática: uma emergência cirúrgica

Maria Margarida Pereira(1);Ivo Castro(1);Maxim Jitari(1);Marta Cerol(1);Ana Alves Oliveira(1);Petra m. Pego(1);Cristina Esteves(1)
(1) HDSantarém

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A aeroportia é um sinal radiológico que indica uma emergência cirúrgica. Apresentamos o caso de uma mulher, 80 anos, trazida ao serviço de urgência por diarreia, prostração e cefaleia. De antecedentes a destacar hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e demência. À observação estava hipotensa e com desconforto à palpação abdominal. Analiticamente apresentava elevação dos D-dímeros, insuficiência renal aguda, PCR 7.29 mg/dL e acidemia metabólica. Por suspeita de volvo intestinal na radiografia de abdómen realizou tomografia computorizada que mostrou isquemia intestinal com extensa aeroportia intra-hepática, pneumatose parietal no estômago e em algumas ansas de intestino delgado. Apesar das medidas instituídas veio a falecer.

IM n.º 1765

Macroglossia – uma apresentação atípica de infeção por SARS-CoV-2

Maria Eduarda Martins(1);Joana Vasconcelos(1);Raquel Oliveira(1);Raquel Cruz(1);Fani Ribeiro(1);Filipa Azevedo(1)
(1) Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher 71 anos, sem antecedentes relevantes. Apresentava dor e edema da língua com lesão ulcerada hiperpigmentada no terço anterior, lesão esbranquiçada no bordo esquerdo, glossite com identações laterias e despapilação irregular com um dia de evolução, desorientação, mialgias, astenia e febre. Identificado teste SARS-CoV-2 positivo, rabdomiólise e aumento parâmetros inflamatórios. Estudo etiológico: restante serologia infeciosa e autoimunidade negativas, eletroforese das proteínas e tomografia computorizada cerebral normais. Resolução espontanea das lesões e da macroglossia, sem necessidade tratamento dirigido coincidente com o tempo de resolução da infeção por SARS-CoV-2. Assume-se língua COVID, sendo que 25% dos doentes podem ter sintomais orais e um terço das pessoas apresentam sintomas não clássicos nos primeiros 3 dias de doença.

IM n.º 1779

Sinal de Chilaiditi: um achado incidental

Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Marina Mendes(1);Carolina Ventura(1);Francisco Bento Soares(1);Mari Mesquita(1);Diana Pereira Anjos(1);Teresa Fonseca(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 87 anos com radiografia torácica a mostrar ansa intestinal sobreposta entre o fígado e diafragma – Sinal de Chilaiditi. Trata-se de uma anomalia congénita ou adquirida e rara (incidência global reportada inferior a 0,3%), na maior parte dos casos assintomática e descoberta acidentalmente. Se sintomático (dor abdominal, obstipação ou vómitos) denomina-se Síndrome de Chilaiditi e pode ter várias complicações cirúrgicas associadas, como vólvulo ou perfuração intestinal. O reconhecimento deste sinal é importante no diagnóstico diferencial com pneumoperitoneu, dado que a abordagem deste sinal é maioritariamente conservadora, contrariamente ao pneumoperitoneu, podendo evitar-se cirurgias desnecessárias.

IM n.º 1793

Síndrome de Boerhaave – uma rara etiologia de dispneia

Sabina Belchior Azevedo(1);Sara Silva Pereira(1);Ana Sofia Ferreira(1);Rafael Freitas(1);Liliana Costa(1);Patrícia Araújo(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Outro

A síndrome de Boerhaave ou perfuração esofágica espontânea associada a esforço acarreta uma elevada morbi-mortalidade, podendo ser fatal. Uma mulher de 88anos recorre ao serviço de urgência por odinofagia, edema do pescoço e dispneia com tosse há uma semana, sem trauma, entubação nasogástrica ou endoscopia digestiva alta (EDA) recente. À admissão estava taquicardica, com insuficiência respiratória e enfisema subcutâneo cervical. A tomografia computorizada revelou enfisema subcutâneo cervical com extensão para pneumomediastino (1A,1B) e rotura da parede anterior do esófago (1C). Posteriormente, a EDA confirmou tratar-se de uma extensa perfuração, não passível de tratamento endoscópico.

IM n.º 1808

UMA RADIOGRAFIA TORÁCICA DESAFIANTE

Henrique Atalaia Barbacena(1);Patrícia Trindade(1);António Moreno Marques(1);João Mendonça Freitas(1);Raquel a. Soares(1);Patrícia Howell Monteiro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

A hérnia do hiato é cada vez mais comum na prática clínica. Homem, 86 anos, admitido por hemorragia digestiva alta sem repercussão hemodinâmica. Radiografia torácica com aparente aumento da silhueta cardíaca e imagem aérea intratorácica sobreposta. Tomografia computorizada torácica identificando volumosa hérnia do hiato esofágico por deslizamento, encontrando-se praticamente todo o estômago e parte do cólon transverso em sede intra-torácica, com sinais de volvo gástrico organo-axial. Endoscopia digestiva alta com hérnia do hiato e erosões associadas. Trazemos estas imagens pela exuberância da apresentação da hérnia do hiato e desafios da interpretação da radiografia torácica, na presença de estruturas abdominais confundidoras.

IM n.º 1828

Síndrome de Madelung

Maria Pacheco(1);João Rodrigues(1);Vasco Neves(1);Ana Teresa Moreira(1);Adriano Cardoso(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Os autores apresentam um caso de um doente do sexo masculino, de 81 anos, que recorre ao SU por um quadro de dispneia com várias semanas de evolução. Ao exame objetivo destaca-se lipomatose difusa muito exuberante a nível cervical, interescapular (bossa de búfalo), abdómen e membros inferiores. A síndrome de Madelung ou lipomatose simétrica múltipla é uma doença rara, caracterizada pela presença de múltiplos lipomas simétricos, não capsulados e indolores. É mais frequente em homens e está associada ao alcoolismo crónico. Pode provocar compressão da laringe e traqueia e mais raramente dispneia e disfagia. O tratamento é cirúrgico.

IM n.º 1830

Cavitação pulmonar por infeção por Mycobacterium avium complex

Sérgio Madureira(1);João Rocha(1);Carolina Monteiro(1);Inês Vilas Boas(1);Isabel Camões(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 65 anos com DPOC GOLD B e enfisema centrilobular severo avaliado no serviço de urgência por dispneia e agravamento do padrão habitual de tosse na última semana com síndrome constitucional nos ultimos dois meses. Apresentava caquexia, temperatura subfebril e sinais de esforço respiratório. Avaliação imagiológica revelou extensa cavitação apical direita. Baciloscopias positivas em amostras seriadas de secreções brônquicas com pesquisa PCR de M. Tuberculosis complex negativa e posterior isolamento cultural de M. Intracellulare. A doença pulmonar por MAC pode acometer indivíduos imunocompetentes, principalmente se existir doença estrutural pulmonar. Nestes, os sintomas apresentados assemelham-se aos sintomas da sua doença crónica, permitindo que uma infeção habitualmente indolente possa apresentar destruição parenquimatosa extensa ao diagnóstico.

IM n.º 1832

Pneumomediastino em Doente com Pneumonia COVID-19

Patrícia Tinoco Araújo(1);Nuno Pardal(1);Isabel Tarrio(1);Sabina Belchior Azevedo(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Diana Guerra(1);Carmélia Rodrigues(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças respiratórias

Homem, 82 anos. Sem antecedentes relevantes. Trazido ao SU por astenia e febre há 3 dias e perda de consciência no dia de admissão. Apresentava hipoxemia, corrigida com cânula nasal a 2L/min. É diagnosticado com pneumonia bilateral por COVID-19 com 30-50% de atingimento pulmonar e internado em enfermaria de Medicina Interna. Por agravamento clínico progressivo inicia VNI ao 4º dia de internamento, sem melhoria. Realizada TC do tórax que mostra aumento imagiológico da pneumonia, enfisema subcutâneo (1A) e pneumomediastino severo (1B-1C) ao 5º dia de VNI/8º dia de internamento. Tratava-se, portanto, de um pneumomediastino iatrogénico, associado ao barotrauma.

IM n.º 1840

QUISTOS RENAIS: UM FOCO HEMORRÁGICO E INFECCIOSO

André Filipe Conchinha(1);José Sousa(1);Sofia Eusébio(1);Sofia Cunha(1);Raquel Soares(1);Pedro Fiúza(1);Lourenço Cruz(1);Miguel Antunes(1);Tiago Pack(1);António m. Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças renais

Doente do sexo masculino, 52 anos, autónomo. História médica de Doença Renal Poliquística Autossómica Dominante (DRPAD) sob programa de hemodiálise. Diversos episódios de hemorragia e infecção dos quistos, com necessidade de internamento. Já proposto para nefrectomia bilateral electiva. Internado por quadro de prostração e febre (39ºC). Análises com elevação de parâmetros inflamatórios. Tomografia Computorizada abdominal e pélvica a documentar significativa DRPAD, com numerosos quistos renais bilaterais, dois dos quais com sinais sugestivos de infecção. Isolamento de Escherichia coli multirresistente nas hemoculturas. Dirigiu-se antibioterapia, verificando-se melhoria clínica e analítica. Apresenta-se esta imagem paradigmática de DRPAD.

IM n.º 1854

Um caso raro de seminoma mediastínico

Marta c. Machado(1);Miguel Monteiro(1);Margarida Mourato(1);João Serôdio(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Os tumores germinativos (TG) testiculares são as neoplasias mais frequentes nos homens entre os 40 e os 55 anos. São classificados consoante o tipo histológico em seminomas e não-seminomas. Os TG extra-gonadais ocorrem apenas em 5 a 7% dos casos.
Apresentamos o caso de um homem de 32 anos com edema facial, cianose distal dos membros superiores e pavilhões auriculares com 2 semanas de evolução. Ao exame objetivo a destacar ingurgitamento jugular bilateral. Realizou TC do tórax que revelou massa no mediastino superior e anterior com 12 x 7,9 cm, associada a obstrução da veia cava superior (VCS). Analiticamente com β-HCG positiva. Realizou biópsia compatível com seminoma e ecografia testicular sem alterações.
Trata-se assim de um caso raro de um seminoma com origem mediastínica que se apresentou com Síndrome da VCS.

IM n.º 1873

Um sinal aparentemente inofensivo

Joana Gomes da Cunha(1);Vera Romão(1);Lúcia Rodrigues(1);Edite Nascimento(1)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 95 anos, autónomo, com hipertensão arterial e patologia osteoarticular, internado por insuficiência respiratória grave por gripe A. Destacava-se massa exuberante com sinais de vascularização no dorso, presente há anos e assumida como um lipoma. Contudo, descrita em tomografia torácica como “formação expansiva, maioritariamente constituída por gordura, mas com septos densos e componentes de tecidos moles, com calcificações grosseiras – 13cm de diâmetro longitudinal x 15 cm transverso e 2.9cm de espessura – sugestivo de lipossarcoma.”. Reforça-se a importância de vigiar "sinais inofensivos", dado que podem sofrer alterações, como se evidencia. Todavia, a evolução de um lipoma para um lipossarcoma constitui uma raridade.

IM n.º 1881

Ecografia à cabeceira: complemento essencial a implementar - a propósito de um caso clínico

Rodrigo Duarte(1);Raquel Rodrigues Mendes(1);Raquel Flores(1);Madalena Silveira Machado(1);Ana Luísa Esteves(1);António João Pereira(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Outro

Homem de 91 anos com história de cardiopatia isquémica e valvular, doença cerebrovascular, hiperplasia benigna da próstata com bexiga de esforço e hérnia inguinal direita foi admitido no serviço de Medicina para estudo etiológico de acidente vascular cerebral isquémico. No internamento, iniciou quadro de dor hipogástrica com aumento progressivo de massa inguinal direita irredutível, micção mantida com disúria e lesão renal aguda. Ao sétimo dia, em tomografia computorizada foi objetivada bexiga de dimensões aumentadas (16 x 12 x 18 cm) com ureterohidronefrose direita por compressão vesical. Foi algaliado com débito de 3,5L de urina com resolução do quadro. A ecografia à cabeceira reduz o tempo até ao diagnóstico, permitindo uma abordagem precoce. Este caso salienta a importância da ecografia enquanto extensão do exame objetivo e na formação do jovem médico.

IM n.º 1882

Trombo da veia pulmonar direita à aurícula esquerda – a propósito de um caso clínico

TERESA MARTINS MENDES(1);Marta Dalila Martins(1);Salomé Marques(1);João Dinis(1);Carolina Ventura Dias(1);Luís Nogueira(1);André Paupério(1);Vítor Fagundes(1);Liliana Torres(1);Helena Vilaça(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher de 24 anos, com história de aborto espontâneo no 3º trimestre de gravidez e gestação sob heparina complicada com trombose placentar; pai com tromboses venosas de repetição. Admitida por enfarte cerebral da cerebral média esquerda, com trombo em M2, tromboembolismo pulmonar e enfarte esplénico. Do estudo: trombo com 6 cm de diâmetro longitudinal que se estende desde a veia pulmonar direita à aurícula esquerda em angioTC tórax, excluído síndrome antifosfolipídico, estudo genético de trombofilias negativo e pesquisa de neoplasia oculta negativa. Assumido quadro pro-trombótico de etiologia não esclarecida (a aguardar estudo bioquímico de trombofilias, pós fase aguda) tendo tido alta sob antagonista da vitamina K.

IM n.º 1886

Pe^nfigo vulgar resistente a terape^utica imunossupressora com sobreinfeção bacteriana

Marília Santos Silva(1);João Pimentel Barbosa(1);António Furtado(1)
(1) Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O pênfigo vulgar (PV) é uma doença bolhosa da pele e mucosas, resultante de autoimunidade contra desmogleínas 1 e 3 (proteínas de adesão epiteliais), com potencial fatal.
Apresenta-se imagem de um doente de 58 anos, com PV com atingimento mucocutâneo, com anos de evolução, submetido a múltiplos ciclos de terapêutica imunossupressora (previamente: ciclosporina, azatioprina, rituximab; com início recente de imunoglobulinas endovenosas [IgEV], sob corticoide sistémico), internado por celulite sobreposta. Evoluiu favoravelmente após ciclo de antibioterapia, completando o 2º ciclo de IgEV no internamento. Na consulta, ao final de um mês, evidenciava melhoria das lesões; aos 3 meses reagravou, iniciando-se micofenolato mofetil.

IM n.º 1895
PURPLE (u)RAIN

Gonçalo Eiras(1);Catarina Branco(1);Ana Luísa Barbosa(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças renais

Introduction: Purple urine bag syndrome (PUBS) is a rare entity, and occurs predominantly in constipated women, chronically catheterized and associated with bacterial urinary infections that produce sulphatase/phosphatase.
Case Report: A 68-years-old women, with a history of rectum cancer in paliative care and chronically catheterization and constipation, was admitted with an urinary tract infection. She was bedridden most of the day and during the stay in the ward, urine with purple sediment was found in the urine bag.
Discussion: PUBS is generally a benign process but, it is distressing for family and healthcare workers who are unaware of this phenomenon and tend to become alarmed due to the sudden inexplicable discoloration of the urine.

IM n.º 1896

Urina verde, e agora?

Juliana Carneiro(1);Renato Gonçalves(1);João Pereira(1);Ana Patrícia Silva(1);Joana de Matos Coelho(1);Bruno Ferreira(1);Lúcia Jardim(1);Carla Gonçalves(1);Ana Rita Elvas(1)
(1) Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE / Hospital Distrital da Covilhã

Tema: Outro

Feminino, 28 anos, brasileira, recorre ao serviço de urgência por disúria e polaquiúria. Antecedentes pessoais de infeções urinárias de repetição, sem medicação habitual além de anticontracetivo oral.
Solicitada análise de urina e urocultura. Após observação da urina (verde fluorescente), questionada novamente acerca de antecedentes e outra medicação realizada. Referiu toma de Cystex (cloridrato de acriflavina, antisséptico das vias urinárias), que utilizava após relações sexuais para higienização. Este pode provocar coloração verde na urina pelo cloreto de metiltionínio (azul de metileno).
Este caso mostra a importância de aferir corretamente todos os fármacos realizados pelos doentes, tanto os de prescrição obrigatória, como os de venda livre.

IM n.º 1907

Diagnóstico inesperado de massa mediastínica

Carlos Grijó(1);Marisa Carvalho Couto(1);Isabel Correia de Brito(1);Marta Patacho(1);Jorge Almeida(1)
(1) Centro Hospitalar de S. João, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Sexo masculino, 82 anos, internado por sépsis com ponto de partida respiratório. Em tomografia computorizada de tórax com evidência de massa volumosa captante com cerca de 136x82mm de maiores eixos axiais e 135mm de eixo longitudinal que se estende na vertente posterior do hemitórax direito com compressão de estruturas adjacentes (esófago, brônquios principais e aurícula esquerda), sem invasão. Exame histopatológico com características morfológicas e imuno-histoquímicas de GIST (gastrointestinal stromal tumour). Esta imagem torna-se relevante no diagnóstico diferencial de massas mediastínicas e destaca-se pela improbabilidade deste tipo de tumor nesta localização.

IM n.º 1914

UM RARO CASO DE UM TUMOR GIGANTE

Ana Raquel Soares(1);Lourenço Cruz(1);Inês Neves(1);José Sousa(1);Pedro Fiúza(1);Sofia Eusébio(1);André Conchinha(1);Sofia Cunha(1);Carolina Gavancho(1);Valentina Tosatto(1);Paula Nascimento(1);Rita Barata Moura(1);António Mário Santos(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 86 anos com quadro de dor e distensão abdominal franca, dispneia e edema dos membros inferiores, foi submetida a tomografia computorizada abdominal que mostrou volumosa lesão expansiva abdomino-pélvica (29x20x29cm) bem delimitada, quística, septada, sugestiva de lesão proliferativa do ovário a condicionar a sintomatologia por compressão de estruturas adjacentes. Considerada elegível para cirurgia face às dimensões do tumor e à marcada limitação funcional, considerando a ginecologia elevada a probabilidade de ser um tumor benigno. Foi proposta cirurgia de resseção tumoral, essencial para diagnóstico e controlo sintomático. Os tumores ováricos gigantes são raros e podem ser benignos mas condicionam sérias complicações pelo seu tamanho.

IM n.º 1917

Uma “largada de balões” com final feliz

Ana Cláudia Cunha(1);Cláudia Diogo(1);Patrícia Fernandes(1);Joana Raquel Monteiro(1);Sónia Martins Santos(1);Maria de Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças respiratórias

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 63 anos, com diabetes e hipertensão arterial controlados, que recorreu ao serviço de urgência por febre e cefaleia com 2 dias de evolução. Exame objetivo sem alterações, analiticamente apenas com leucocitose e elevação de PCR. Na TC torax constata-se padrão de nodularidade bilateral dispersa, de dimensões pericentrimetricas com halo em vidro despolido (fig.1).
Internada para estudo, com hipótese diagnóstica de metástases sobreinfetadas, a doente cumpriu um ciclo de amoxicilina/clavulanato e claritromicina com normalização analítica. O restante estudo foi negativo, excepto serologias positivas para Mycoplasma pneumoniae.
A doente realizou controlos por TC de tórax após 1 semana (fig.2) e 6 meses (fig.3) com evolução favorável sugestiva de se tratar-se de uma apresentação exuberante de Pneumonia a Mycoplasma.

IM n.º 1922

Doença de Paget com atingimento craniano

Roselia Lima(1);Sara Rodrigues(1);Marta Sofia Oliveira(1)
(1) HOSPITAL GAIA

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Mulher de 87 anos, seguida na consulta de Medicina Interna por Doença de Paget. É uma doença metabólica, mais comum no idoso, caracterizada por uma aceleração da remodelação óssea resultando na sua expansão e heterodensidade. As áreas mais afetadas são o crânio, a coluna e a pelve. O diagnóstico é realizado pela elevação da fosfatase alcalina óssea ou evidência imagiológica compatível. As manifestações são a dor óssea (pela expansão e deformidade) artrose, nevralgia ou tumores. Podem ocorrer alterações analíticas do cálcio e do fósforo. No atingimento do crânio pode ocorrer hipoacusia, cefaleias, tonturas, vertigens e alterações da marcha. A doente descrita tem hipoacúsia. Analiticamente sem alterações.

IM n.º 1932

Dor torácica: uma causa improvável

Inês Parreira(1);Hélder Diogo Gonçalves(1);Sara Vasconcelos Teixeira(1);Pedro Gaspar(1);Federica Parlato(1);Raquel Baptista(1);Ana Melício(1);Mariana Dias(1);Sandra Braz(1);João Lopes(1);António Pais de Lacerda(1);Leila Duarte(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 59 anos dirige-se ao médico assistente por quadro de dor torácica retroesternal intermitente, não relacionada com esforço com 4 meses de evolução. Efetuou ecocardiograma transtorácio com evidência de estrutura ecodensa filiforme nas cavidades direitas interpretada como cateter. É neste contexto encaminhado ao serviço de urgência. TC de toráx a confirmar a presença de fio-guia posicionado na veia ázigos esquerda, na crossa da veia ázigos, na veia cava superior, aurícula direita, ventrículo direito, tronco artéria pulmonar e com extremidade distal na artéria pulmonar principal direita. Doente teria estado internado há cerca de 5 meses com colocação de catéter venoso central por via da subclávia direita. Efetuou tentativa de remoção por cateterismo, sem sucesso, por fio-guia se encontrar endotealizado.

IM n.º 1938

PARÉSIA DO XII PAR: UMA COMPLICAÇÃO DO MIELOMA MÚLTIPLO

Inês Parreira(1);Hélder Diogo Gonçalves(1);Sara Vasconcelos Teixeira(1);Pedro Gaspar(1);Federica Parlato(1);Raquel Baptista(1);Ana Melício(1);Mariana Dias(1);Sandra Braz(1);João Lopes(1);António Pais de Lacerda(1);Leila Duarte(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças hematológicas

A parésia do nervo hipoglosso (XII par) tem como apresentação clínica desvio ipsilateral da língua. A apresentação isolada é rara devido à sua proximidade com outros nervos cranianos e ao longo percurso anatómico. Lesões unilaterais geralmente sugerem lesões ocupantes de espaço.
Homem de 80 anos, com diagnóstico conhecido de mieloma múltiplo IgA/kappa, recorre ao Serviço de Urgência por disartria de novo. Ao exame neurológico apresentava desvio da língua para a esquerda, sem outros sinais focais. A tomografia computorizada de crânio evidenciava lesão lítica na base do crânio, na região occipital à esquerda com envolvimento do canal do nervo hipoglosso.

IM n.º 1939

Síndrome de Leriche

Diogo José Batista de Brito Canudo(1);Ana Tenreiro(1);Sara Correia(1);Susana Carvalho(1)
(1) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem, 55 anos, com antecedentes relevantes de doença aterosclerótica grave, cardiopatia isquémica e doença arterial periférica. Recorre ao hospital por múltiplas úlceras inguinais e perineais, associado a dor intensa dos membros inferiores, de agravamento nos últimos dias. À observação: membros inferiores cianóticos e ausência de pulsos palpáveis. A tomografia computorizada revelou oclusão de artéria aorta abdominal infrarrenal a 2cm da bifurcação (seta vermelha), compatível com Síndrome de Leriche, com reabilitação na origem de ambas as artérias ilíacas externas. O Síndrome de Leriche ou doença oclusiva aortoilíaca é causada por doença aterosclerótica grave, afecta a aorta abdominal distal, as artérias ilíacas e os vasos femoro-poplíteos. Habitualmente apresenta-se com a tríade de claudicação, impotência e ausência de pulsos femorais.

IM n.º 1985
Ar no sítio errado

SARA FONTAINHAS(1);Bárbara Bapstista;(1);Filipa Baptista(1);Maria Inês Bertão(1);Lígia Fernandes(1);Sónia Completo Pereira(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Apresenta-se o caso de uma mulher de 29 anos, asmática, com dispneia e dor pleurítica com evolução de 24h, sem história de trauma ou iatrogenia. Com taquicardia sinusal e sem sinal de Hamman à avaliação. Estrias radiotransparentes no contorno cardíaco direito na radiografia torácica, pneumomediastino de moderado volume confirmado por tomografia torácica. Broncofibroscopia, sem alterações. Submetida a tratamento conservador, teve alta orientada para pneumologia. Este diagnóstico é de exclusão, auto-limitado e benigno, sendo mandatória a pesquisa do sinal de Hamman. O pneumomediastino é raro e manifesta-se por dispneia e dor torácica. O diagnóstico é imagiológico. A asma é uma das causas de rutura alveolar espontânea.

IM n.º 1987

Edema isolado do pénis – a propósito de um caso clínico

David Alves da Costa(1);Joana Sequeira(1);Nuno Prucha Leite(1);Gonçalo Eiras(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Introdução: Homem de 74 anos internado por lesão renal aguda e cirrose hepática descompensada. Neste contexto foi realizada paracentese evacuadora com drenagem de 3500mL de líquido ascítico. Após 24h da realização da técnica, o doente apresentou-se com queixas urinárias, nomeadamente dificuldade em iniciar a micção e edema isolado do pénis (sem edema escrotal) sem dor, sinais inflamatórios ou exsudação.
Foi encontrado apenas um caso descrito na literatura, em que apresentaram como causa o facto do local de punção ter sido numa região inferior ao ligamento inguinal (local de punção baixa) e hipoalbuminemia.
Neste caso não foi possível objetivar o local de punção.
Houve resolução do edema espontaneamente, sem necessidade de introdução de terapêutica adicional.

IM n.º 1989

Herniação inguinoscrotal: herniação da bexiga para o escroto

Dany Cruz(1);Flávia Freitas(1);Gabriela Paulo(1);Cristina Marques(1);Francisca Pereira(1);Carlos Oliveira(1)
(1) Hospital Santa Maria Maior de Barcelos

Tema: Doenças renais

Sexo masculino, 79 anos. Internado no Serviço de Medicina por ventriculite cerebral. Durante o internamento com episódio de edema escrotal. Foi realizada ecografia que descrevia herniação inguinal bilateral, sem atingimento testicular. Por Lesão Renal Aguda em agravamento foi decidida TAC abdomino-pélvica, que evidenciava uma volumosa hérnia inguinoscrotal esquerda, com herniação de grande parte da área vesical. O doente foi algaliado, com uma diurese de 3000 mL.

IM n.º 1990

Síndrome de Eisenmenger em doente com transposição dos grandes vasos

Daniela Barroso(1);Filipa Abelha Pereira(1);Fabienne Gonçalves(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Uni. Porto

Tema: Doenças cardiovasculares

Mulher de 33 anos com diagnóstico de transposição dos grandes vasos associada a ventrículo único, não submetida a correção cirúrgica. Evolução sintomatológica com desenvolvimento de Síndrome de Eisenmenger (hipertensão pulmonar severa e cianose central), com quadro de insuficiência cardíaca direita e insuficiência respiratória tipo 1. Clínica de dispneia em esforço com clubbing digital, pectus carinatum; com presença de S3 e sopro sistodiastólico audível em todo o pré-cordio, principalmente no foco mitral. A sobrevida de doentes com esta patologia é limitada, e acredita-se que a maioria dos pacientes morre de doença cardiovascular progressiva. Em doentes não intervencionados é possível observar o desenvolvimento progressivo de alterações anatómicas cardiopulmonares, que não só impressionam pela sua complexidade como pela sua magnitude.

IM n.º 2008

Bullosis diabeticorum

Dra. Telma Alves(1);Manuel Maia(1);Ricardo Ambrósio Rodrigues(1);Sandra Santos(1);Fátima Silva(1);Pedro Ribeiro(1);Lèlita Santos(1)
(1) Hospital Geral de Coimbra

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

Homem, 79 anos. AP:DM tipo 2, há 25 anos, com complicações micro e macrovasculares (doença vascular periférica; neuropatia periférica). Em consulta o doente referiu lesões cutâneas vesiculares com 1 semana de evolução. Foram identificadas 2 vesículas, na face anterior dos MI direito – ambas com exsudato (microbiologia negativa). Fez tratamento dirigido, com melhoria em 3 semanas. Diagnosticou-se Bullosis diabeticorum, uma identidade rara no doente diabético, com prevalência de 0,5%. Ocorre na maioria em homens com DM e neuropatia. Normalmente, as vesículas surgem nos membros inferiores, sem inflamação e fluído estéril. Este caso demonstra a necessidade da avaliação das complicações cutâneas secundárias à DM, muitas vezes subdiagnosticadas.

IM n.º 2012

Hemocromatose hereditária com deposição no sistema nervoso central

Hugo Félix(1);Liliana r. Santos(1);Raquel Boto(1);Carolina Monteiro(1);Pedro Figueiredo(1);Marina Fonseca(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Hemocromatose é uma doença hereditária caracterizada por aumento da absorção intestinal de ferro levando a sobrecarga com deposição em diversos órgãos, sendo os mais comuns o fígado, coração e sistema nervoso central.
Apresentamos um homem de 86 anos admitido por suspeita de AVC isquémico do hemisfério esquerdo. A ressonância magnética cranioencefálica de reavaliação evidenciou depósitos ferromagnéticos ao nível dos gânglios da base e núcleos dentados do cerebelo (Fig 1), que, corroborados com resultados analíticos e, posteriormente, estudos genéticos, confirmaram o diagnóstico de hemocromatose.

IM n.º 2015

Pneumomediastino iatrogénico por ventilação não invasiva

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Catarina Gonçalves(1);Miguel Trindade(2);Grace Staring(3);Isabel Botelho(3);João Madeira Lopes(1);Armindo Ramos(3)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital Amadora Sintra (3) Hospital Cascais

Tema: Doenças respiratórias

O barotrauma iatrogénico em contexto de ventilação não invasiva (VNI) é uma complicação frequente em doentes com doença grave por Covid-19. A ocorrência de pneumomediastino é mais grave e mais rara. Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, admitido em unidade de cuidados intensivos por insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) em contexto de pneumonia a SARS-CoV2. Inicialmente com evolução favorável a permitir desmame ventilatório com transição para VNI que cumpriu poucas horas antes de iniciar súbito agravamento com necessidade de reintubação e retoma de VMI. As imagens da TC revelaram extenso pneumomediastino cervico-torácico com enfisema subcutâneo iatrogénico formado em poucas horas de VNI.

IM n.º 2030

Fibrinólise no Tromboembolismo pulmonar de risco intermediario

Amanda Hirschfeld(1);Andre Valente(1);Rita Monteiro(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Sérgio Cabaço(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cardiovasculares

Introdução
O risco de mortalidade e de complicações no tromboembolismo pulmonar (TEP) deve ser avaliado para uma adequada terapêutica e melhor prognóstico
Caso clínico
Mulher de 72 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva cronica, admitida por TEP bilateral segmentar e subsegmentar, sem alterações hemodinâmicas. Analiticamente com elevação de NT-proBNP e troponinas séricas. Ecocardiograma à cabeceira da cama mostrava dilatação das cavidades direitas, configurando assim um risco intermédio-alto de mortalidade. Procedeu-se à terapêutica fibrinolítica local com alteplase e aspiração de trombos. Doente evoluiu com melhoria de sintomas e da hipoxemia, sem necessidade de aporte de O2 à data da alta
Discussão
O presente caso mostra a importância da estratificação de risco do TEP para o tratamento adequado e evolução favorável

IM n.º 2031
Bronquiectasias

INES FERREIRA(1);Nereida Monteiro(1);Rafael Freitas(1);Sofia Ferreira(1);Amanda Rey(1);Paula Brandão(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 72 anos admitida no Serviço de Urgência por tosse hemoptóica e dispneia para médios esforços. Realizou radiografia torácica que revelava lesão pulmonar homogénea no lobo superior direito com imagens quísticas compatíveis com bronquiectasias ou tuberculose pulmonar com engrossamento pleural. Realizou Prova de Mantoux e Baciloscopias, com resultado negativo, e tomografia computorizada (TC) torácica com múltiplas bronquiectasias quísticas com níveis líquidos no lobo superior direito e na vertente paracardíaca da língula. Fez tratamento dirigido com antibioterapia e broncodilatação. A TC torácica de controlo revelou melhoria dos sinais inflamatórios. À data de alta, com melhoria clínica e orientação para consulta externa de Pneumologia.

IM n.º 2037

Pneumomediastino em doente Covid-19

João Cruz Cardoso(1);Ivo Castro(1);Viktor Baiherych(1);Vasco Gaspar(1);Carlos Nancassa(1);Maria Cristina Esteves(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 73 anos internada por Pneumonia Covid-19. Por Insuficiência Respiratória iniciou ventilação não invasiva (VNI) com melhoria substancial. Ao 14º dia de internamento ocorreu agravamento súbito das trocas gasosas tendo realizado exame de imagem que revelou volumoso pneumomediastino e enfisema subcutâneo. O envolvimento infecioso por SARS-CoV-2 era muito grave. O tratamento foi conservador tendo a doente falecido.
O aumento da incidência de pneumomediastino na Pneumonia Covid-19 tem sido documentada ao longo da pandemia e parece existir uma associação entre o seu aparecimento e a gravidade da doença. Antes do uso generalizado de VNI na COVID-19 grave, os relatos de pneumomediastino em doentes sob VNI eram raros.

IM n.º 2052

Neoplasia da mama - um caso de negação

Raquel Moura(1);Mariana Estrela Santos(1);Tiago Costa(1);Telmo Coelho(1);Joana Cochicho(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 56 anos, admitida no Serviço de Urgência (SU) por quadro constitucional, tendo alectuado na semana prévia por esse motivo.
Exame físico no SU descrito como inocente; analiticamente com hipercalcemia. Realizada tomografia computorizada crânio-encefálica que mostrou lesão lítica na calote craniana sugestiva de metástase. A doente foi internada para estudo e no 1º dia de internamento foi detetada uma lesão nodular na mama direita com áreas de queratose e necrose, como se vê na imagem. A doente afirmava desconhecer a lesão, insistia que seria devido a uma queda nas semanas prévias e que “não era nada”.
A suspeita de neoplasia da mama foi confirmada.
Este caso é um exemplo de atraso na deteção de neoplasia devido a negação/medo do diagnóstico.

IM n.º 2058

Metastases cutaneas na neoplasia da mama - uma raridade de uma neoplasia frequente

Amanda Hirschfeld(1);Andre Valente(1);Rita Monteiro(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Sérgio Cabaço(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Rita Bernardino(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

A doença metastática na neoplasia da mama acomete principalmente pulmão, pleura, ossos e fígado
Metástases cutâneas são infrequentes e manifestam-se principalmente no tórax como lesões papulonodulares.
Caso Clínico
Mulher de 49 anos, com diagnóstico de neoplasia da mama direita aos 37 anos, submetida à ressecção da mama e tratamento adjuvante. Realizou reconstrução da mama em 2014. Em 2019, diagnosticadas metástases ósseas difusas e da medula óssea.
Em 2021 surgimento de lesões cutâneas na região inframamária esquerda e torácica posterior, que após biópsias confirmou-se o diagnóstico de metástase cutânea de carcinoma da mama. Cumpriu Epirrubicina semanal, entretanto com agravamento clinico progressivo até o óbito em 2022.
Discussão
Metástases cutâneas são manifestações incomuns de uma neoplasia muito frequente e sua ocorrência é um fator de mau prognóstico

IM n.º 2064

Lesões de Janeway numa meningoencefalite a denunciar uma endocardite

Raquel Moura(1);Mariana Estrela Santos(1);Jorge Bernardo Reis(1);Luís Rocha(1);Telmo Coelho(1);Paula Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 46 anos, com história de etilismo, internado por Meningoencefalite com bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilina sensível (MSSA), sob ceftriaxone e ampicilina, ao 4º dia de internamento desenvolveu uma lesão embólica na mão direita e, posteriormente apareceram novas lesões não dolorosas na outra mão e nas plantas dos pés, o que levantou a suspeita de que o quadro poderia ter tido início numa endocardite infeciosa.
Realizou ecocardiograma transesofágico, mostrando uma vegetação aderente à válvula aórtica e uma insuficiência grave da mesma.
Tanto as lesões de Janeway como os nódulos de Osler, apesar de não patognomónicos, são muito sugestivos de endocardite, sendo por isso fundamental uma boa inspeção durante o exame objetivo.

IM n.º 2078

Tuberculose Miliar no adulto imunocompetente

João Freitas(1);Henrique Barbacena(1);Raquel Soares(1);Fábia Cerqueira(1);Inês Lopes(1);Sérgio Paulo(1);Carla Mimoso Santos(1);Patrícia Howell Monteiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose (TB) é uma doença com incidência crescente no nosso país, sendo a TB Miliar uma forma grave e rara (menos de 2% dos casos).
Homem, 18 anos, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por tosse e odinofagia com meses de evolução, astenia e perda de peso não quantificada. À observação febril, emagrecido. Laboratorialmente com leucocitose, elevação de PCR e LDH, VIH negativo. Radiografia do tórax: cavitações apicais, micronódulos dispersos; Tomografia computorizada: lesões cavitadas e múltiplos micronódulos pulmonares com distribuição broncocêntrica e miliar. Pesquisa de micobactérias na expectoração positiva para TB. Selecionamos esta imagem pela sua exuberância e raridade da apresentação miliar num adulto imunocompetente.

IM n.º 2082

Congenital adrenal insufficiency – importance of a complete physical examination

Gonçalo Durão-Carvalho(1);Joana Vieira(1);Priscila Melo(1);João Afonso(1);Joana Louro(1);Rosa Amorim(1)
(1) Centro Hospitalar do Oeste - Unidade de Caldas da Rainha

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

A 27 year-old Caucasian male was brought to the Emergency Room after he was found with altered mental status. Patient was febrile, hypotensive, with a weak pulse and tachycardic. Neurological exam: prostrated with 12 for Glasgow coma score (E2V4M6). Body surface exposition revealed scarce facial hair (A) and no hair on axilla, thorax, abdomen (B) and lower limbs (C), although he was well into adulthood and later he confirmed that he does not shave or does epilation.
Medical history: congenital adrenal insufficiency (mutation in DAX1 gene); Chronic medication: no compliance to prednisolone, fludrocortisone and testosterone.
He tested positive for SARS-CoV-2. Diagnosis: COVID-19 sepsis associated with congenital adrenal insufficiency.

IM n.º 2096

Calcificações na região cervical numa radiografia torácica - que diagnóstico?

Catarina Negrão(1);Carolina Chumbo(1);Ana Órfão(1);Clara Matos(1);Marta Jonet(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

As calcificações dos tecidos moles são raras na região do pescoço. A apresentação radiográfica de nódulos calcificados é inespecífica, tendo um vasto espectro de diagnósticos diferenciais - benignos, em contexto de processos inflamatórios inespecíficos, hemagiomas; e malignos, em contexto de neoplasias.
Nesta radiografia (figura 1) observam-se 2 nódulos calcificados na região do pescoço; que na tomografia computorizada (figura 2 e 3) se esclarece tratarem-se de nódulos calcificados da hemitiróide direita de volumosas dimensões, em doente de 90 anos do sexo feminino. Os nódulos da tiróide são muito comuns, sendo o seu diagnóstico essencial para excluir malignidade.
Apesar de baixa sensibilidade e especificidade, a presença de calcificações dos tecidos moles em radiografia ou tomografia computorizada deve conduzir à investigação destes.

IM n.º 2097

O prurido não é todo igual

João Freitas(1);Henrique Barbacena(1);Raquel Soares(1);Fábia Cerqueira(1);Inês Lopes(1);Sérgio Paulo(1);Carla Mimoso Santos(1);Patricia Howell Monteiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

O Prurigo Nodularis (PN) corresponde a um padrão distinto de lesões em doentes com prurido crónico. Apesar de raro, tem maior incidência na raça negra, podendo associar-se a afeções sistémicas, nomeadamente HIV (5% dos casos).
Mulher 57 anos, raça negra, saudável, avaliada no serviço de urgência por prurido com vários meses de evolução. À observação: lesões pruriginosas generalizadas, em halo, firmes, sugestivas de PN. Sem alterações laboratoriais exceto serologia HIV1 positiva, sem critérios de sida.
O reconhecimento deste padrão permitiu o diagnóstico precoce de uma doença crónica mas associadas a múltiplas complicações se tardiamente diagnosticada, realçando a importância do exame objectivo cuidadoso mesmo em contexto de urgência.

IM n.º 2098

RMN no diagnóstico da doença de Creutzfeldt - Jacob

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Miguel Trindade(2);Grace Staring(3);Isabel Botelho(3);João Madeira Lopes(1);Armindo Ramos(3)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital Amadora Sintra (3) Hospital Cascais

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A doença de Creutzfeldt - Jacob (dCJ) é uma doença neurodegenerativa progressiva e invariavelmente fatal que pertence ao grupo das encefalopatias espongiformes. O diagnóstico (Dx) definitivo requer biópsia dos tecidos afetados, mas o Dx provável pode ser estabelecido a partir da clínica com identificação de padrões característicos na electroencefalografia (EEG), no líquor ou na ressonância (RMN). Apresenta-se o caso de um homem admitido em contexto de ataxia, agravamento da marcha e afasia. O EEG revelou lentificação difusa e complexos periódicos contínuos e a RMN documentou áreas de hipersinal em topografia cortical parietal e occipital, fronto-opercular e insular esquerda e frontal média direita, estebelecendo Dx provável de dCJ.

IM n.º 2099

Mesotelioma Pleural

Nuno Prucha Leite(1);Gonçalo Eiras(1);David Costa(1);Rita Maciel(1)
(1) Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Tema: Doenças oncológicas

Introdução: Homem, 71 anos, autónomo. Diagnóstico de Mesotelioma Pleural Bifásico (epitelioide e fusocelular) há 6 meses, sob quimioterapia paliativa de 2ª linha. Clínica de dispneia e febre, sem tosse produtiva. Radiografia torácica com áreas hipotransparentes dispersas bilateralmente e TC-tórax a revelar múltiplas lesões nodulares, em contacto com a pleura, a maior no plano da crossa da aorta, estendendo-se do mediastino à parede ântero-lateral do hemitórax esquerdo (125x100mm), correspondendo a tumefacção clinicamente visível, com pequenas bolhas gasosas, sugerindo necrose. Assumida infeção respiratória concomitante com progressão de neoplasia.
O Mesotelioma Pleural é uma neoplasia sobretudo associada à exposição a asbestos, rara, insidiosa e de mau prognóstico, pela extensão local e agravamento progressivo de sintomas respiratórios.

IM n.º 2102

Endocardite Infeciosa: Lesões de Janeway e Nódulos de Osler

Mariana Baptista Ferreira(1);Manuel Maia(1);Odete Duarte(1);Fátima Silva(1);Jorge Fortuna(1);Lèlita Santos(2)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE / Hospital Geral (2) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A endocardite infeciosa carateriza-se pela infeção de, pelo menos, uma das válvulas cardíacas. As manifestações clínicas incluem a febre, sintoma mais comum, cefaleias, mialgias, dor abdominal e dispneia. Existem manifestações menos comuns mas que são muito sugestivas desta patologia, nas quais se incluem as lesões de Janeway, máculas eritematosas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, e os nódulos de Osler, nódulos violáceos, duros e sensíveis ao toque que ocorrem com mais frequência nos dedos das mãos e dos pés. As imagens seguintes representam as manifestações cutâneas acima descritas no pé esquerdo (A) e nos dedos das mãos (B e C) de uma doente com 89 anos, diagnosticada com endocardite infeciosa da válvula mitral.

IM n.º 2103

Silicose Pseudotumoral

Emanuel Ângelo Lopes Carvalho(1);Rita Xavier(1);Ana Pessoa(1);Mário Esteves(1)
(1) CHMA - Famalicão

Tema: Doenças respiratórias

Apresentamos o caso de um homem de 61 anos, ex-mineiro de poços e ex-fumador, com antecedentes de tuberculose pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) GOLD D e silicose, internado com diagnóstico de DPOC agudizada. A radiografia torácica revelou condensações bilaterais nos lobos superiores de ambos os pulmões (figura 1) e a tomografia computorizada pulmonar mostrou volumosas massas fibróticas grosseiras em ambos os lobos superiores com aspetos de hepatização parenquimatosa. (figura 2 e 3). Estes achados imagiológicos enquadram-se no contexto de silicose pseudotumoral, uma apresentação rara desta doença.

IM n.º 2104

Por trás de uma lombalgia

Isabel Mendes Bessa(1);Anabela de Carvalho(1);Ana Catarina Dias(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Tema: Doenças oncológicas

Doente de 36 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência por dor lombar, de características mecânicas, com cerca de 1 mês de evolução, com agravamento progressivo e sem melhoria com analgesia. Analiticamente, apresentava hipercalcémia e lesão renal aguda. Realizou TAC lombar que revelou múltiplas lesões osteolíticas, envolvendo todas as peças vertebrais dorsais, lombares e sagradas, bem como as asas ilíacas. Realizou TAC toraco-abdomino-pélvica, que mostrou pequenos nódulos pulmonares, múltiplas adenomegalias axilares à esquerda e opacidades espiculadas mamárias à esquerda, e TAC crâneo-encefálica onde se observaram áreas de rarefação óssea interessando a calote craniana bilateralmente e a região da protuberância occipital interna. Foi feito o diagnóstico de um carcinoma invasor da mama com metastização óssea, hepática e pleural.

IM n.º 2108
Antes da rotura

Daniela Duarte(1);Filipa Sousa(1);Andreia Lopes(1);Joana Cunha(1);Catarina Almeida(1);Francisco Gonçalves(1);Alexandra Vaz(1);Ana Gomes(1);Edite Nascimento(1)
(1) HOSPITAL VISEU

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem, 72 anos, autónomo, antecedentes de dislipidemia e fumador de 50 UMA, internado por AVC isquémico da artéria cerebelar póstero-inferior direita.
Durante o internamento detetada massa abdominal para-umbilical esquerda não dolorosa de consistência pétrea.
Realizou ecografia abdominal que revelou imagem complexa, maioritariamente líquida, heterogénea, com 16x14,5cm, com fluxo interno em “yin-yang” sugestivo de comunicação com vaso arterial.
Para melhor caracterização foi pedida angio-TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou volumoso aneurisma da aorta com início ao nível da artéria mesentérica superior até ao nível da bifurcação, com 17x14cm, com um volumoso trombo de 4,3cm.
Foi submetido a reparação endovascular e bypass femoro-femoral, com boa evolução clínica.

IM n.º 2110

O parece simples nem sempre é: um caso de engasgamento

Micaela Nunes Sousa(1);Teresa Guimarães Rocha(1);Rita Diz(1);Pedro Simões(1);Sandra Raquel Sousa(1);Filipa Rodrigues(1);Rita Silva(1);Helena Mauricio(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças oncológicas

Sexo masculino, 51 anos, fumador, recorre ao serviço de urgência por episódio de engasgamento no domicílio no dia anterior À vinda, com disfagia para sólidos desde então. Nega outra sintomatologia. Com insuficiência respiratória hipoxémica. Analiticamente sem alterações. Realizado radiografia do tórax que apresentava afunilamento da traqueia e esófago. Realizada Tomografia computadorizada tóracica, apresentava preenchimento infiltrativo de todo o mediastino condicionando estenose traqueal alta, carina e brônquio principal direito e seus ramos, com condensação a jusante e derrame pleural homolateral. Adenopatias cervicais e supraclavicular à direita. Realizado estudo, espectros compatíveis com carcinoma de pequenas células do pulmão em estádio IV. Iniciou quimioterapia e radioterapia.

IM n.º 2120

A dor estava nos quistos

Maria Pacheco(1);João Rodrigues(1);Jorcelio Vicente(1);Ana Teresa Moreira(1);Adriano Cardoso(1)
(1) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 35 anos, autónomo, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência por um quadro de dor abdominal com duas semanas de evolução. Do estudo analítico realizado, destacar um padrão de "citocolestase" com discreta eosionofilia.
Realiza tomografia computarizada e mais tardiamente ressonância magnética a revelar múltiplas lesões quísticas multiloculadas a nível hepático, sugestivas de doença hidática, posteriormente confirmada por serologias.
Embora seja uma entidade rara, os autores pretendem realçar a sua importância no estudo etiológico de lesões hepáticas.

IM n.º 2161

Estase esofágica: fator de risco importante para pneumonia de aspiração

Manuel Costa Pinto(1);Cecília Vilas Boas Soares(1);Pedro Rodrigues(1);Cátia Dias(1);Mário Esteves(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / Unidade de Vila Nova de Famalicão

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem, 93 anos, mRankin 5. Admitido no serviço de urgência por dispneia e tosse produtiva. A Telerradiografia Torácica revelou um alargamento do mediastino e uma área bem delimitada de hipertransparência desde a região cervical até metade do tórax. A tomografia computorizada torácica permitiu constatar a dilatação da porção torácica do esófago com nível hidroaéreo, sugerindo acalásia. Este diagnóstico, até então desconhecido, constitui um fator de risco importante para aspiração de conteúdo alimentar, que pode culminar em infeções respiratórias de aspiração. Este achado imagiológico constituiu, assim, uma oportunidade de implementar medidas de prevenção secundária para a recorrência de eventos semelhantes futuros.

IM n.º 2168

Uma Endocardite Inesperada – A importância da ecografia Point of Care no Serviço de Urgência

André Alçada Fernandes(1);João Nuno Patrício(1);Barbara Rodrigues(1);Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);Isménia de Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Angelo

Tema: Doenças cardiovasculares

Homem de 51 anos, natural da Guiné-Bissau, com antecedentes de diabetes mellitus e dislipidémia, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por febre, dor pleurítica e tosse hemoptoica com uma semana de evolução. Diagnosticada infeção a SARS-CoV-2. Durante a permanência no SU, agravamento clínico com evolução para choque, com avaliação ecocardiográfica a revelar massas hiperecogénicas de grandes dimensões, muito móveis, apensas aos folhetos da válvula tricúspide, com regurgitação valvular grave e dilatação da aurícula direita. As hemoculturas viriam positivas para Estafilococos lugdunensis.

IM n.º 2173

Infiltrado Pulmonar de Causa Biliar

André Alçada Fernandes(1);Barbara Rodrigues(1);João Nuno Patrício(1);Ana Rita Ambrósio(1);João Dinis Martins(1);Isménia de Oliveira(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Lomelino de Araújo(1)
(1) Hospital Beatriz Angelo

Tema: Doenças respiratórias

Homem de 83 anos, sem antecedentes médicos conhecidos, recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e cansaço a subir escadas com um mês de evolução. A radiografia de tórax apresentava um infiltrado de padrão nodular coalescente bilateralmente. As hipóteses de pneumonia intersticial ou tuberculose disseminada foram colocadas. A tomografia computorizada revelou múltiplos nódulos pulmonares sugestivos de depósitos metastáticos. A biópsia de uma lesão hepática revelou achados histológicos compatíveis com um colangiocarcinoma.

IM n.º 2175

Telescoping fingers

Marta Ferreira(1);Carolina Cabrita Abreu(1);Joana Marques(1);Filipa Nunes(1);Fernando Martos Gonçalves(1);José Araújo(1);Ana Grilo(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

We present the case of a male in his mid-eighties with medical history of inflammatory polyarthritis that affected his hands. The problem started at age fifty with progressive distal shortening as well as shoulder and hip involvement, with the need for a prosthetic replacement.
The autoimmune study, namely anti-cyclic citrullinated peptide and rheumatoid factor, was negative. No cutaneous involvement was found that would lead us to psoriasis. Arthritis mutilans is a rare type of inflammatory arthropathy characterized by severe articular erosion, bone destruction and subsequent soft tissues collapse, especially in the upper limbs, causing the typical “telescoping fingers”. This process may occur in some forms of autoimmune disease, namely Psoriatic and Rheumatoid arthritis. Fortunately, due to the development of new therapies these kind of cases are currently rare.

IM n.º 2182

Pielonefrite obstrutiva e o diagnóstico incidental

Inês Fernandes Santos(1);Maria Inês Simão(1);Maria João Lúcio(1);Catarina Cabral(1);Joana Vaz(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

Descreve-se o caso de uma doente, 67 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, doença renal crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, gastropatia erosiva e neoplasia da mama no passado. Na semana prévia à admissão no Serviço de Urgência (SU), por febre e lombalgia esquerda, a doente foi medicada com ciprofloxacina por pielonefrite aguda. Por manutenção de sintomatologia - febre, calafrio e obstipação, ao 4º dia de antibioterapia, recorreu ao SU. Perante sinal de Murphy renal positivo à esquerda e agravamento da função renal, realizou exame de imagem que evidenciou massa abdominal volumosa heterogénea (215x127x126mm), em relação com ansas intestinais, sem invasão de outros órgãos. De forma a esclarecer a sua etiologia, realizou-se bio´psia guiada por TC, que revelou um tumor do estroma gastrointestinal.

IM n.º 2185
O megaestômago

Inês Fernandes Santos(1);Leonor Ávila(1);Catarina Cabral(1);Luís Castro(1);Joana Vaz(1);Francisco Silva(1);Isabel Madruga(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz

Tema: Doenças oncológicas

A imagem retrata o caso de uma doente, 76 anos, sem antecedentes relevantes, com quadro de epigastralgia, anorexia e vómitos recorrentes pós-prandiais com 3 semanas de evolução. No Serviço de Urgência, perante a ausência de via oral e de resposta a antieméticos, apesar de ausência de lesões analíticas, foi pedida TC abdominal que revelou dilatação gástrica marcada, com espessamento na região do piloro e cabeça do pâncreas e ectasia do ducto pancreático. A destacar ainda aumento do marcador tumoral CA 19.9. Foi realizada endoscopia digestiva alta onde se evidenciou, no piloro, mucosa espessada, edemaciada e muito friável, a condicionar estenose cerrada, infranqueável com o endoscópio, sugestivo de atipia, sendo que o resultado anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico bem diferenciado de padrão tubular.

IM n.º 2191

Uma imagem que paralisa – quando a paraparésia é um sinal tardio do adenocarcinoma endometrial

Joana Silvério Simões(1);Mafalda Corrêa Figueira(1);Hugo Viegas(1);Bárbara Lobão(1);José Pedro Villa de Brito(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 62 anos, hipertensa, com quadro consumptivo com 8 meses de evolução, associado a lombalgia com irradiação ao membro inferior esquerdo que não cedia a anti-inflamatórios não esteróides. Cerca de 5 meses depois, inicia paraparesia de agravamento progressivo com incapacidade para a marcha. Realizou TC da coluna que revelou volumosa massa lombar com envolvimento vertebral e do canal medular significativos. O diagnóstico histológico foi compatível com adenocarcionoma endometrial pouco diferenciado, apurando-se no estadiamento extenso processo neoplásico uterino, com infiltração local, disseminação ganglionar retroperitoneal, mediastínica, hilar pulmonar e supraclavicular, metastização óssea e pulmonar bilateral. A imagem realça a importância de um diagnóstico precoce no prognóstico das neoplasias.

IM n.º 2197

Septic shock caused by Streptococcus gallotyticus in a hemodialysis patient

Sofia Ferreira(1);Marina Coelho(2);Sofia Calaça(3);Joana Jardim(4);Tiago Vasconcelos(5);João Adriano Sousa(1);Carla Henriques(2);Drumond Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça (2) CH Oeste- Torres Vedras (3) Hospital do Espírito Santo, EPE, Évora (4) Hospital Distrital de Santarém, EPE (5) HOSPITAL FARO

Tema: Doenças cardiovasculares

A 65-years-old woman with multiple comorbidities, hospitalized due to a septic shock, stabilized after treatment for heart failure, broad-spectrum antibiotic and noninvasive ventilatory support. Blood cultures grew Streptococcus gallotyticus and transesophageal echocardiogram showed an endocarditis of aortic and mitral prosthetic valves involving ring and leaflets with significant stenosis, with a large vegetation adherent to long term dialysis catheter. She was proposed for surgery, although the high surgical risk (EuroScore II of 74%), delayed for multiple septic embolization, eventually dying. The acute heart failure, peri-anullar complications are associated with poor prognosis. Although theorical indications for surgery are well stablished, their application depends on clinical status of the patient, their morbidities and the surgical risk.

IM n.º 2204

Síndrome da Malformação Cavernomatosa Múltipla Familiar

João Cruz Cardoso(1);Ivo Castro(1);Viktor Baiherych(1);Vasco Gaspar(1);Carlos Nancassa(1);Maria Cristina Esteves(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher de 55 anos, sexo feminino, autónoma, internada por quadro de disartria e ataxia esquerda de início súbito cujo estudo imagiológico em TAC revelou “hematoma cerebeloso direito, com 9 mm de maior eixo”. Apesar de manter deficites neurológicos, a TAC de controlo revelou aumento da extensão hematoma. Neste período apresentou-se normotensa, em repouso no leito e sem medicação relevante.
A RM-CE veio a demonstrar múltiplas lesões parenquimatosas encefálicas e cerebelosas: corpo caloso, núcleo caudado direito, tálamo direito, pálido direito, medula oblonga, e ambos os hemisférios cerebelosos, aspetos sugestivos de Síndrome da Malformação Cavernomatosa Múltipla Familiar. Clinicamente bem, a doente teve alta mantendo consulta de Neurocirurgia.

IM n.º 2214

Uma causa rara de choque

João Luís Cavaco(1);Maria José Pires(1);Ana Furão Rodrigues(1);Francisco Capinha(1);Sofia Esteves(1);Ana Oliveira Pedro(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A hemorragia renal espontânea corresponde a um hematoma intraparenquimatoso não associado a trauma e em doente sem terapêutica hipocoagulante. É uma entidade rara com complicações graves e mortalidade elevada. É necessário um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico e tratamento precoces. É geralmente secundária a tumor, malformação vascular ou vasculite. Apresentamos o caso de uma mulher de 76 anos com febre e prostração, admitida no serviço de urgência por choque hipovolémico, documentando-se hematoma renal direito com presumível sobreinfeção. Apesar do diagnóstico célere, instituição de antibioterapia e nefrectomia total, manteve-se em choque refratário, acarretando o óbito subsequente.

IM n.º 2215

Carcinoma Espinocelular: feridas malignas - a importância dos Cuidados Paliativos

Luís Afonso Rocha(1);Mariana Estrela(1);Paula Ferreira(1);Márcia Oliveira(1);Ricardo Fernandes(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Cuidados paliativos

Homem, 76 anos, com antecedentes de transplante hepático sob imunossupressão e carcinoma espinocelular invasivo metastizado, proposto para tratamento sistémico.
Episódio de urgência por AVC hemorrágico frontal esquerdo, realizada derivação ventricular externa, culminando com má evolução do ponto de vista neurológico. Avaliado por Oncologia que, atendendo à situação atual e estado de imunossupressão, sem indicação para tratamento. Observado pela Equipa de Cuidados Paliativos, para melhor gestão dos sintomas e orientação após alta: apresentava febre e drenagem em ferida maligna, tendo sido dada indicação para limpeza e aplicação de iodopolvidona em gaze e de metronidazol.
A intervenção precoce de Cuidados Paliativos em situações de elevada complexidade traduz benefícios no controlo sintomático e na organização/objetivos de cuidado.

IM n.º 2220

O que esconde uma osteoartrose

Marina Coelho(1);Rita Fideles(1);Juliana Magalhães(1);Djalma Sousa(1);Carla Henriques(1);Luis Portela(1);Ana Costa(1);Margarida Carvalho(1);Ivone Barracha(1)
(1) CH Oeste- Torres Vedras

Tema: Doenças oncológicas

Homem 53 anos, antecedentes de osteoartrose tibio-talar e da epífise distal do perónio esquerdo submetido a artrodese plantar com cavilha retrógrada, anatomia patológica com osteocondroma. Admitido por dor e tumefação agravadas na região posterior do tornozelo. À admissão: TT 38.1ºC, hemodinamicamente estável, com parafuso exposto no calcâneo com exsudado purulento. Leucocitose e PCR 23,7mg/dL. Imagiologia com alterações destrutivas articulares e osteíte. Feita remoção do parafuso e extração de material de osteossíntese da cavilha. Cumpriu 6 semanas de Vancomicina por Isolamento de Staphylococcus aureus.
Os osteocondromas com pico na 2ª década de vida geralmente são únicos e acometem os ossos longos, sendo os intra-articulares raros. Este caso salienta o surgimento em idades mais tardias com complicação da mobilidade articular e intercorrência infeciosa.

IM n.º 2226

Opacidade pulmonar, um caso de carcinoma de primário oculto metastizado

Marta Costa Vaz de Matos(1);Tânia Lopes(1);Sílvia Pacheco de Sousa(1);José Sobral Abrantes(2);João Maia Neves(1);´Tomás Fonseca(1);Rosa Ribeiro(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 67 anos, antecedentes de Carcinoma ductal invasor da mama curado e massa mediastínica com biópsias aspirativas inconclusivas. Perda ponderal >10% em 6 meses. ECOG 1. IR tipo 2 sem acidemia e raio-X com hipotransparência total à esquerda. TC tórax com massa lobulada a ocupar a quase totalidade do hemitórax esquerdo.
Apesar do diagnóstico diferencial de opacidades nodulares incluir multiplicidade de etiologias - inflamatória, infeciosa e tumoral- a concomitância com opacidade total é altamente sugestiva de malignidade. Perfil imunohistoquímico inconclusivo quanto à origem primária.
Pretende-se evidenciar o desafio da abordagem diagnóstica do carcinoma primário oculto e a importância do seguimento de massas mediastínicas

IM n.º 2227

Infecção Disseminada a Herpes Zoster

Inês Urmal(1);Daniela Guerreiro Carneiro(1);João Alves Teixeira(1);Carlota Lalanda(1);Ana Catarina Pereira(1);Ivo Pina(1);Maria Rebelo(1);Ana Bravo(1);Sofia Salvo(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Trata-se de um doente de 90 anos, do género masculino, com antecedentes de leucemia linfocítica crónica sob quimioterapia com Clorambucil, internado por pielonefrite aguda. Em D2 de internamento desenvolve erupção cutânea caracterizada por lesões vesiculares e papulares, em diferentes fases (figuras 1-3), dispersas pela face, tronco e membros, com atingimento palmar. Foi pedida PCR para Herpes Zoster, com resultado positivo. Embora tenha sido iniciada terapêutica dirigida com Aciclovir endovenoso, o doente evoluiu desfavoravelmente e veio a falecer. Apesar da elevada incidência desta infecção em doentes imunocomprometidos, a apresentação disseminada não é frequente nas Enfermarias de Medicina Interna, tornando estas imagens particularmente relevantes.

IM n.º 2240

Um caso de esplenia dispersa

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Fábia Cerqueira(1);Ana Melício(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Esplenose é definida pela presença de tecido esplénico ectópico em loca extra-esplénica. Ao contrário dos casos de esplenose congénita por baço acessório, a esplenia dispersa é uma condição rara e adquirida que resulta habitualmente de episódios de trauma abdominal ou cirurgia, em que ocorre auto-implantação de tecido esplénico residual na cavidade abdominal. Com o tempo, estes implantes são capazes de recrutar fornecimento sanguíneo e formar novos focos esplénicos com capacidade de crescimento. Apresenta-se a TC abdominal de um homem de 64 anos, admitido por agudização de doença hepática crónica, com história de esplectomia por trauma abdominal aos 11 anos de idade, onde se identificam duas lesões nodulares dispersas correspondentes a focos esplénicos intraperitoneais.

IM n.º 2250

Um caso raro de Rhupus com apresentação atípica

Marta Costa Vaz de Matos(1);Rui Coelho(1);Rita Rego(1);Tomás Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

O edema bilateral das mãos é uma queixa frequente, cujo diagnóstico pode ser desafiante e implica exclusão de causa infeciosa (VHC), trombótica, oclusão linfática, ou etiologia imunológica e auto-inflamatória.
Mulher, 50 anos, antecedentes de Rosácea. Edema bilateral das mãos, súbito, e artralgias das mãos de ritmo inflamatório e rigidez matinal. Lesões cutâneas maculares no abdómen, dorso e membros inferiores. Critérios de classificação para LES, AR e Síndrome Sjögren secundário. O overlap AR e LES é uma entidade rara- síndrome Rhupus -sendo ainda mais raro a apresentação inaugural concomitante. Este caso sublinha a importância do reconhecimento do edema bilateral das mãos como sinal de doença imune e da existência do overlap da AR e LES.

IM n.º 2254

Um caso raro de trombose séptica do seio lateral

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Baltazar(1);Ana Melício(1);Vera Costa Santos(2);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital Amadora Sintra

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A trombose séptica do seio lateral é uma complicação rara da patologia do ouvido médio com elevada mortalidade. Apresenta-se o caso de um homem de 81 anos com admitido por náuseas, cefaleia e ataxia com 3 semanas de evolução. Ao exame objetivo apresentava vertigem central e síndrome de Gradenigo. A TC do ouvido documentou osteomielite da base do crânio, com otomastoidite esquerda, confirmada por RM com sinais de labirintite, trombose do seio lateral, colecções infecciosas no ângulo ponto-cerebeloso e reacção inflamatória paquimeníngea. Iniciou antibioterapia empírica de longa duração e foi submetido a timpanotomia, mastoidectomia e miringotomia. Após a cirurgia, iniciou uma lenta recuperação adjuvada por medicina física e reabilitação.

IM n.º 2260

Um simples caso de carcinoma do rim?

António Leão(1);Inês Estalagem(1);Patrícia Pereira(1);André Faria Esteves(1);Catarina Bekerman(1)
(1) Hospital Garcia de Orta, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo feminino, 50 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e tabagismo. Efetuado diagnóstico de volumoso tumor de células claras renais após recorrer ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal e cansaço arrastado para pequenos esforços e edema dos membros inferiores. Este tumor apresentava invasão das estruturas locais adjacentes, com extensão tumoral à veia renal direita, veia cava inferior e aurícula direita, ocupando mais de 75% do seu lúmen. Apesar de frequentemente associados a trombose tumoral, os tumores renais, raramente apresentam extensão até ao interior da aurícula. Tal envolvimento confere um elevado risco de morte súbita e um desafio na abordagem e tratamento.

IM n.º 2274

Enfarte renal após procedimento de reparação endovascular em doente com shaggy aorta

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Melício(1);Ana Baltazar(1);Vera Costa Santos(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças cardiovasculares

O termo shaggy aorta foi usado pela primeira vez em 1991 para descrever degeneração aterosclerótica extensa e friabilidade extrema de aneurismas da aorta torácica ou abdominal, conferindo elevada probabilidade de embolização após procedimentos de reparação endovascular (EVAR).
Apresenta-se a TC abdominal de uma doente com 73 anos de idade com antecedentes de shaggy aorta submetida anteriormente a EVAR com colocação posterior de chaminés para as duas artérias renais, tronco celíaco e mesentérica superior por migração de endoprótese aórtica. Três meses após o último procedimento cirúrgico, foi admitida na enfermaria de medicina por enfarte renal com oclusão do stent da artéria renal sem indicação para revascularização ou nefrectomia. A doente teve alta apenas com um rim funcionante e foi encaminhada para a consulta de Nefrologia.

IM n.º 2275

“Uma viagem pela língua” - um caso de língua geográfica

Sara Barbosa(1);Filipa Cardoso(1);Madalena Serra(1);André Martins(1);Teresa Souto Moura(1)
(1) CHLC - H S José

Tema: Doenças raras

A língua geográfica é uma inflamação benigna da língua, caracterizada pela perda de epitélio das papilas filiformes no dorso da língua. Tem uma incidência de 1-3% na população mundial. A causa é desconhecida, apesar de associada a doentes com psoríase. Pode ser assintomática ou causar ardência ou irritação com a ingestão alimentar, é possível que persista por meses e que seja recorrente. O tratamento é apenas sintomático. Seguem-se as imagens ilustrativas de uma doente de 87 anos, sem antecedentes de doença autoimune, internada por acidente cerebrovascular isquémico da artéria cerebral média. Apresentava recusa alimentar por desconforto, inicialmente sem lesões visíveis e após uma semana de internamento com lesões características de língua geográfica. Medicada com betametasona e sucralfato com melhoria sintomática e desaparecimento das lesões.

IM n.º 2276
Fecalomas

Helena Antunes(1);Cláudia Rodrigues(1);Carolina Roias(1);Natacha m. Medeiros(1);Inês Amarante(1);Luís Dias(1)
(1) Hospital Divino Espírito Santo

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 56 anos, com perturbação afetiva/personalidade cluster B, historial de uso de múltiplas substâncias psicoativas e obstipação crónica por iatrogenia - com indicação para terapêutica pautada com laxante, que o doente não cumpria.
Foi observado no serviço de urgência por quadro de distensão abdominal e obstipação agravada, com 14 dias de evolução; mantinha emissão de gases. À palpação abdominal: abdómen indolor, com múltiplas massas palpáveis, pétreas e móveis.
Realizou tomografia computorizada abdominal e pélvica, que demonstrou exuberante distensão de todo o cólon, com abundante conteúdo fecal moldado, e gás, atingindo cerca de 8 centímetros de calibre máximo.
Foram removidos manualmente inúmeros fecalomas, e o trânsito foi restabelecido com laxantes.
Teve alta para consulta de seguimento em Medicina Interna.

IM n.º 2277

Achado insólito como causa de obstrução brônquica

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);Cristiana Fernandes(1);Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Doenças respiratórias

Mulher de 49 anos com obesidade grau II, recorreu ao SU por dispneia, tosse irritativa e dor pleurítica à esquerda com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava-se hipertensa e com ausência de sons respiratórios no pulmão à esquerda. Gasimetricamente com insuficiência respiratória tipo 1 grave, ECG com taquicardia sinusal, analiticamente com leucocitose ligeira, D-dímeros, PCR e troponina I negativos; Angio-TC do tórax com exclusão de tromboembolismo pulmonar e evidência de colapso dos lobos superior e inferior esquerdos por lesão endoluminal tubuliforme, obliterando todo o lúmen. Realizada broncofibroscopia rígida - “brônquio pulmonar esquerdo ocluído totalmente por massa necrosada, realizada desobstrução mecânica, com remoção de corpo estranho, provavelmente carne". Conseguida patência brônquica, com resolução completa do quadro clínico.

IM n.º 2280

Um retrato de púrpura trombocitopénica imune

Letícia Marques Leite(1);Filipa Gonçalves(1);Isabel Mendes Bessa(1);Liliana Oliveira(1);Carlos Fernandes(1);Jorge Cotter(1)
(1) Hospital Srª da Oliveira

Tema: Doenças hematológicas

A trombocitopenia imune é uma das formas de trombocitopenia adquirida mais comum em adultos assintomáticos.
Homem de 70 anos, saudável, referiu fezes escuras compatíveis com melenas e petéquias dispersas desde há 3 dias. Negou toma de novos fármacos ou vacinas. Apresentava bolhas hemorrágicas no palato (figura 1), petéquias dispersas (figura 2 e 3) e contagem plaquetária inferior a 1000/mL. Previamente sem alterações do hemograma ou défices vitamínicos, serologias víricas negativas. Imagiologicamente sem adeno ou organomegalias. Mielograma normal. Recebeu 1 pool de plaquetas, imunoglobulina e corticoterapia com melhoria gradual da contagem plaquetária. Um ano depois permanece assintomático.

IM n.º 2288

Cavitação de etiologia neoplásica

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Melício(1);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Doenças oncológicas

O diagnóstico diferencial das lesões pulmonares cavitadas inclui um largo espectro de doenças crónicas sistémicas, infeciosas e neoplásicas, e pode por isso ser desafiante. Apresenta-se a TC pulmonar de um homem de 70 anos de idade, com hábitos tabágicos marcados, admitido por quadro de dor torácica com 3 meses de evolução associada a dispneia, tosse com expetoração e perda ponderal não quantificada. A imagem documenta uma volumosa cavitação de paredes espessada no segmento superior do lobo inferior esquerdo, com consolidação parenquimatosa envolvente. Apesar de se ter presumido inicialmente etiologia infecciosa e ter iniciado antibioterapia empírica, a biópsia pulmonar revelou tratar-se de um carcinoma pavimentocelular.

IM n.º 2292

Imagem a não esquecer – A propósito de um caso de dermatomiosite

Anita Cunha(1);Inês Freitas(1);Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Raquel Afonso(1);Miguel Romano(1);Alexandra Esteves(1);Carlos Ribeiro(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Homem, 65 anos, com quadro de disfagia severa e fraqueza muscular de predomínio proximal. Notam-se lesões cutâneas sugestivas de dermatomiosite: eritema heliótropo, edema periorbital, eritema em xaile, e sinal e pápulas de Gottron. Neste caso, identificado carcinoma espinocelular invasor queratinizante da mandíbula, com melhoria clínica após terapêutica imunossupressora e quimioterapia primária. A dermatomiosite em doentes com mais de 65 anos está associada a neoplasia em 50% dos casos. Apenas o reconhecimento da sua apresentação clínica típica permite um diagnóstico e tratamento precoces, essenciais para o prognóstico.

IM n.º 2294

Covid 19...também na pele?

Ana Rita Rocha(1);Ana c Baldino(1);Mariana Nápoles(1);Catarina Marques(2);Patricia Soares(1);Margarida Lopes(1);José Vaz(1)
(1) MEDICINA 1 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA (2) MEDICINA 2 - HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES - BEJA

Tema: Outro

A Covid19 manifesta-se principalmente com sintomas respiratórios, mas com o evoluir da pandemia foi notória a afectação dos restantes órgãos e sistemas. A incidência reportada na literatura até à data das manifestações cutâneas atingiu os 20.4%, destacando-se as lesões eritematosas, maculopapulares e urticariformes. Apresenta-se o caso de uma mulher de 45 anos, com Covid19, que recorreu ao Serviço de Urgência por lesões maculopapulares com 6x6cm, com halo eritematoso, pruriginosas e com edema nodular. Inicialmente na região cervical e posteriormente no tronco, membros e virilhas, e à admissão também com edema cervical e retroauricular. Fez TAC de pescoço e análises que não apresentavam alterações. Teve alta medicada com anti-histaminico e corticoide. Foi reavaliada na semana seguinte em consulta de Follow-up Covid, com resolução total das lesões e sem queixas.

IM n.º 2295

Síndrome de Chilaiditi: uma causa rara de dispneia

Inês de Almeida Ambrioso(1);Mariana Moniz Ramos(1);Vasco Gaspar(1);Marta Guisado(1);Manuela Grego(1);Luís Siopa(1)
(1) HDSantarém

Tema: Outro

Homem, 84 anos, observado no serviço de urgência por dispneia e obstipação. Na radiografia de tórax destacou-se hipertransparência à direita com elevação da hemicúpula diafragmática direita. A tomografia computadorizada torácica revelou interposição de ansas intestinais entre o contorno hepático e o diafragmático - achado compatível com sinal de Chilaiditi. Este sinal é raro e quando associado a sintomas designa-se por Síndrome de Chilaiditi. Os sintomas são geralmente náuseas, vómitos, anorexia ou dor abdominal. A dispneia é infrequente como manifestação desta entidade, no entanto deve ser considerada no seu diagnóstico diferencial. É importante a sua distinção do pneumoperitoneu, dado qua patologia cursa frequentemente com necessidade de cirurgia urgente.

IM n.º 2301
O Terrível Linfoma
António Lorena Pessoa(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 38 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por edema e dor cervical com irradiação ao membro superior esquerdo e axila. Na ecografia cervical realizada previamente, evidenciava trombo endoluminal na dependência da carótida comum esquerda. No SU realizou tomografia computorizada com contraste, que identificou uma massa mediastínica extensa (imagem 1.1, 1.2, 1.3). Neste contexto efetuou biópsia da massa mediastínico, que do ponto de vista anátomo patológico evidenciou linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células.

IM n.º 2306

Cavitação pulmonar iatrogénica após tentativa de intubação nasogástrica

Tiago Júlio Ferreira Silva Branco(1);Ana Melício(1);Vera Costa Santos(2);João Madeira Lopes(1);António Pais de Lacerda(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (2) Hospital Amadora Sintra

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

A colocação de sonda nasogástrica (SNG) em doentes para efeitos de hidratação ou administração de terapêutica é um procedimento comum, mas não isento de riscos. A colocação acidental da sonda na via aérea, embora incomum, pode ocorrer em até 15% dos casos. No entanto, a criação de uma cavitação pulmonar é rara.
Apresenta-se a TC torácica de um doente de 83 anos com neoplasia prostática metastizada admitido por hipernatrémia com tentativa de colocação iatrogénica de SNG no serviço de urgência. O Rx tórax revelou a SNG colocada no pulmão direito. Realizou TC que documentou uma cavitação com conteúdo heterogéneo no lobo inferior direito. A cirurgia cardiotorácica, considerou haver apenas indicação para tratamento conservador. O paciente acabou por falecer ao segundo dia de internamento.

IM n.º 2307

Hepatocarcinoma - uma apresentação atípica

Mónica Jardim(1);Madalena Pestana(2);Lisandra Gouveia(1);Ana Sara Gonçalves(1);Daniel Melim(1);Mauro Fernandes(1);Miriam Capelo(2);Adelaide Spínola(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Marmeleiros Funchal (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças oncológicas

O hepatocarcinoma (CHC) apresenta mau prognóstico devido ao seu diagnóstico tardio, tendo em conta a sua apresentação maioritariamente assintomática ou inespecífica. Homem, 85 anos, admitido no Serviço de Medicina Interna para estudo de dificuldade progressiva na marcha e anemia. Apresentava lesão óssea esternal deformante. A tomografia computorizada torácica, crânio-encefálica e a ressonância magnética da coluna lombo-sagrada revelaram múltiplas lesões osteolíticas. Analiticamente doseamento de α-fetoproteína de 33756ng/mL. A biópsia da lesão esternal era compatível com CHC. Foi assumido o diagnóstico de CHC com metástases ósseas múltiplas.

IM n.º 2310

Largada de balões no cerebro?!

Cátia Margarida Teixeira(1);Claudia Matos Dinis(1);Joana Freitas Ribeiro(1);Maria Aurora Duarte(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem de 61 anos trazido ao serviço de urgência por quadro de desorientação, agressividade e desiquilibrio para a marcha de vários dias de evolução. Realiza TC de craneo que revela múltipla lesões hipodensas cerebelosas e cerebrais e multiplicidade de lesões necrótico-quisticas na interface córtex/substancia branca, suspeito de lesões secundárias ou lesões infeciosas. Doente recusa completar estudo e familiar assina alta contra parecer. Duas semanas depois recorre novamente ao serviço de urgência. Analiticamente sem alterações. TC de Torax revela massa hilar esquerda de 7,5cm. TC de craneo: aumento do número e volume das lesões prévias, maioritariamente de estrutura quístico-necrótica. Discutido caso com neurologia e levantada suspeita de toxoplasmose, realizada punção lombar e serologias que vieram negativas. Vindo-se depois a confirmar tumor primario do SNC.

IM n.º 2312

Nem todo o quadro de ortopneia e edema periférico é IC descompensada

Inês Fiúza m. Rua(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Inês Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Sérgio Cabaço(1);Cláudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Helena Pacheco(1);Conceição Facha Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 86A, recorre ao SU por edema dos membros inferiores e ortopneia. História prévia de Cardiopatia hipertensiva (NYHA II-III) e massa anexial diagnosticada no mês anterior a aguardar cirurgia. Durante este período teve 2 internamentos pelo mesmo quadro a dificultar a avaliação em consulta de Anestesiologia. À admissão com insuficiência respiratória a necessitar de O2, edema dos Minfs e abdómen distendido. Admitida IC descompensada que no internamento foi excluída (proBNP 196). Realizou TC-AP com massa anexial (30cm) a condicionar o quadro de edema e de patologia pulmonar restritiva. As imagens destacam-se pela sua exuberância e vêm lembrar como um diagnóstico incorreto pôde atrasar a cirurgia, sem a qual não haverá resolução do quadro.

IM n.º 2313

Apresentação atípica de dermatite de contacto

Rita Sevivas(1);Catarina Pinto Silva(1);Luís Augusto Cardoso(1);Flávia Fundora Ramos(1);José Miguel Ferreira(1);Cristiana Fernandes(1);Sofia Barroso(1);Carlos s. Oliveira(1)
(1) Hospital Barcelos

Tema: Outro

Mulher de 68 anos com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, hipotiroidismo e alcoolismo crónico, admitida no Serviço de Urgência por lesões cutâneas eritematosas com prurido após contacto com lixívia 2 semanas antes. O contacto terá sido apenas nas mãos, contudo, após 5 dias do ocorrido, progrediu para todo o corpo. À data da admissão no SU, a doente apresentava exantema descamativo com atingimento da pele, poupando as mucosas. Analiticamente a destacar eosinofilia e monocitose. Todos os fármacos habituais da doente foram suspensos durante o internamento. Transferida para o internamento de Dermatologia, durante o qual foi realizada biópsia de uma das lesões que revelou inflamação compatível com dermatite de contacto.

IM n.º 2314

Lesões cutâneas num Doente Imunodeprimido – um diagnóstico clínico

Anita Cunha(1);Inês Freitas(1);Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Raquel Afonso(1);Miguel Romano(1);Alexandra Esteves(1);Carlos Ribeiro(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 64 anos, com diagnóstico presumível de Pneumonia Organizativa, iniciou terapêutica com prednisolona 1 mg/Kg/dia, com rápida recuperação clínica e radiológica. Durante a fase de desmame de corticoterapia, aparecimento de lesões cutâneas pruriginosas vesiculares agrupadas, envolvendo dermátomos torácicos, compatíveis com herpes zoster. Iniciou valaciclovir com resolução completa das lesões. Analiticamente, IgM anti – vírus varicela zoster positivo. A corticoterapia sistémica, dada a sua ação imunossupressora, está associada a um aumento do risco de infeção, e a infeção por Herpes Zoster é mais comum e classicamente mais complicada em doentes imunodeprimidos. Assim, o reconhecimento rápido desta entidade e início rápido de terapêutica antiviral é fundamental.

IM n.º 2317

Carcinoma da faringe metastizado – diagnóstico a olho nu

MARTA ROCHA(1);Filipa Figueiredo(1);Catarina Roquete(1);Sara Furtado(1);Marta Mendes Lopes(1);Carolina Monteiro(1);Sara Vilas-Boas(1)
(1) Hospital Fernando Da Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 64 anos, autónomo, com antecedentes de carcinoma da hipofaringe com metastização pulmonar. Progressão da doença com volumosa formação solida cervical, dimensões máximas 10 x 7,5 cm, com área de necrose interna e perda dos planos de clivagem. Admitida sobreinfeção bacteriana dado exsudado purulento em abundante quantidade fez ciclo de antibioterapia com Amoxicilina e ácido clavulânico. Como intercorrências a destacar múltiplos episódios de hemorragia grave da lesão pelo que iniciou radioterapia hemostática sobre conglomerado cervical com redução ligeira das dimensões da massa (7 x 4 cm).
As imagens apresentadas assumem particular interesse dada exuberância na forma de apresentação, realçando a natureza altamente agressiva das células neoplásicas, macroscopicamente, sem necessidade de recorrer a métodos complementares de diagnóstico.

IM n.º 2318

Neurocisticercose

Helena Rita Antunes(1);Marta Monteiro(2);Juliana Magalhães(3);Jéssica Abreu(4);Ema Leal(5);João Caria(5);Ana Raquel Garrote(5);Hélder Pinheiro(5);Diana Póvoas(5);Maria José Manata(5);Fernando Maltez(5)
(1) Hospital Divino Espírito Santo (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Distrital de Torres Vedras (4) Hospital de Vila Franca de Xira (5) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 35 anos, natural de Guiné Bissau, diagnosticado com infeção por vírus da Imunodeficiência Humana em 2018, concomitantemente com Tuberculose pulmonar/ganglionar e neurotoxoplasmose, abandonou posteriormente a terapêutica e o seguimento.

Em 2022, recorreu ao serviço de urgência por alteração do estado de consciência, referindo cefaleia frontal/occipital intermitente. Não foram objetivados défices focais. Após segundo episódio, com crise tónico-clónica generalizada de novo, foi admitido no internamento sob terapêutica para neurotoxoplasmose presuntiva.

Foi detetada em ressonância magnética crânio-encefálica uma lesão maioritariamente "quística", com edema vasogénico desproporcional ao tamanho da lesão e padrão anelar à periferia, e Taenia sollium no líquido cefalorraquidiano.

IM n.º 2323

O diagnóstico na palma da mão – a propósito de um caso clínico de psoríase de início tardio

Anita Cunha(1);Inês Freitas(1);Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Raquel Afonso(1);Miguel Romano(1);Alexandra Esteves(1);Carlos Ribeiro(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Outro

Homem, 86 anos, com insuficiência cardíaca, diabetes mellitus (DM) tipo 2 e défice de vitamina B12 secundária à terapêutica com metformina, refere lesões cutâneas não pruriginosas de novo com um mês de evolução. No exame físico, são visíveis pápulas e placas eritematosas descamativas na região malar, superfície palmar e dorsal das mãos, superfícies extensoras dos membros e região inguinal. Medicado com betametasona e calcipotriol tópicos com melhoria franca das lesões após 2 semanas. A psoríase de início tardio, após os 40 anos de idade, está associada a certas comorbilidades, como a DM tipo 2, apresentando-se com frequência como pustulose palmoplantar. Diagnóstico clínico, usualmente responde a tratamentos tópicos, de primeira linha.

IM n.º 2327

Metastização dramática – a primeira manifestação de uma neoplasia prostática

Joana Silvério Simões(1);António Eliseu(1);Mafalda Corrêa Figueira(1);Aissatu Cassama(1);Bárbara Lobão(1);José Pedro Villa de Brito(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 81 anos, com polimialgia reumática e anemia em estudo. Desde há 1 ano, com dorsalgia sem irradiação ou sintomas acompanhantes, que cedia a analgésicos. Na tomografia computorizada apresentava fratura da 10ª vértebra dorsal e osteocondensações na coluna vertebral e 9º arco costal, pouco caracterizadas. Para esclarecimento, realizou PET-FDG que revelou alteração focal hipermetabólica prostática e lesão na 9ª costela esquerda, sugestiva de envolvimento secundário. Apesar de PSA total 4,69ng/dL realizou biópsia, com resultado de adenocarcinoma prostático. Um mês depois apresentou agravamento álgico, com radiografia do esqueleto e cintigrafia óssea com lesões blásticas disseminadas, optando-se por terapêutica paliativa. Destaca-se a imagem pela exuberante apresentação de lesões osteoblásticas como primeira manifestação de neoplasia prostática.

IM n.º 2332

Líquen esclero-atrófico vulvar: um diagnóstico incidental

Ana Teixeira Reis(1);Alexandra Gaspar(1);Sónia Serra(1);Clara Rosa(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças raras

Doente de 90 anos, sexo feminino, vem ao serviço de urgência por diminuição da força muscular à direita e assimetria facial súbitas.
Com antecedentes conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipertiroidismo. Medicada com omeprazol, sitagliptina/metformina, gliclazida, propiltiouracilo, cilazapril.
Ao exame objetivo (EO) com hemiparesia direita e desvio da comissura labial, realizou tomografia computorizada craniana que revelou lesão hemorrágica fronto-parietal esquerda.
Durante o internamento apresentou queixas de prurido vaginal e uma algaliação difícil. Ao EO ginecológico apresentava esclerose e atrofia dos pequenos lábios e clitóris, com fusão da linha média. Foi diagnosticado um líquen esclero-atrófico e iniciou tratamento com corticoide tópico. Com esta descrição pretendemos alertar para um EO completo e dirigido à sintomatologia.

IM n.º 2333

Nódulo de Sister Mary-Joseph – um sinal de alerta para doença avançada

Tânia Santos Carvalho(1);Daniela Soares Santos(1);Arsénio Santos(1);Lélita Santos(1)
(1) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 83 anos, internada por icterícia, distensão abdominal e perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava nódulo umbilical arroxeado compatível com nódulo de Sister Mary-Joseph. Analiticamente com anemia, hiperbilirrubinémia direta, elevação das transaminases e dos parâmetros de colestase. A TC revelou espessamento do cólon, metástases hepáticas, pulmonares e peritoneais. Colonoscopia sem lesões endoluminais. Óbito por choque séptico ao 7º dia de internamento. Não foi identificada a neoplasia primária.
O nódulo de Sister Mary-Joseph é um nódulo umbilical metastático com origem em neoplasias intra-abdominais ou pélvicas. Associa-se mais frequentemente a carcinomas do estômago, ovário, cólon e pâncreas. Indica doença avançada e mau prognóstico vital.

IM n.º 2345

Síndrome da Veia Ovárica: um achado acidental

Anita Cunha(1);Inês Freitas(1);Ana Catarina Pinto Carvoeiro(1);José Diogo Martins(1);Raquel Afonso(1);Miguel Romano(1);Alexandra Esteves(1);Carlos Ribeiro(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças raras

A síndrome da veia ovárica é uma doença rara que consiste na obstrução ureteral crónica provocada por veias ováricas varicosas. Os sintomas associados são variáveis e inespecíficos, incluindo dor abdominal, pélvica e lombar, cólica renal, infeções do trato urinário recorrentes e hematúria, pelo que o diagnóstico diferencial é extenso. Neste caso trata-se de uma doente com 67 anos, com obesidade classe IV, e anemia sintomática em estudo, que realiza uma tomografia computorizada abdominopélvica que identifica uma dilatação pielocalicial direita, associada a dilatação ligeira do ureter proximal, provavelmente condicionada por compressão entre o músculo psoas e a veia ovárica direita, assumindo neste contexto um achado acidental.

IM n.º 2359

VASCULITE MPO-ANCA - UM OUTRO OLHAR SOBRE O PULMÃO

Dra. Soraia Proença e Silva(1);Daniela Silva(2);Élin Almeida(3);João Costa(3);Alcina Tavares(3);Gonçalo Samouco(3)
(1) Hospital Amato Lusitano (2) Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano - Hospital de Portalegre (3) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O atingimento pulmonar é frequente nas vasculites ANCA+, apresentando-se como nódulos, doença intersticial fibrosante ou vidro despolido.
Relata-se o caso de uma mulher de 74 anos, observada por queixas de tosse, cansaço para pequenos esforços, artralgias e padrão UIP em tomografia torácica. Analiticamente verificou-se apenas elevação da VS, sem alterações no estudo auto-imune. Após 2 anos de seguimento e em contexto de exacerbação aguda verificou-se anti-MPO 130U/mL.
Pretende-se com este caso demonstrar a importância do elevado índice de suspeição no diagnóstico das vasculites pulmonares, bem como alertar para a possibilidade da patologia intersticial fibrosante poder anteceder as alterações serológicas nas vasculites ANCA.

IM n.º 2366

Da cavitação ao adenocarcinoma

Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Carolina Coelho(1);Angela Ghiletchi(1);Inês Matos Ferreira(1);Rita Bernardino(1);Inês Fiuza m Rua(1);Diogo Dias Ramos(1);Claudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Joana Diogo(1);Manuel Serrano Martins(1);Conceição Loureiro(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças oncológicas

Mulher, 66 anos, hipertensa e fumadora. Recorreu à urgência por dispneia, tosse e hemoptises desde há 15 dias. Apresentava palidez cutânea e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito. Laboratorialmente, anemia (4.6 g/L), leucocitose e PCR elevada. Na radiografia do tórax, lesão cavitada com nível hidroaéreo no lobo superior direito. A TC Tórax confirmou cavitação de 11 cm, parede espessada, conteúdo necrótico e densificação em vidro despolido perilesional sugestiva de hemorragia alveolar. Realizou broncofibroscopia com biópsias compatíveis com adenocarcinoma do pulmão. A apresentação cavitada pode sugerir outras etiologias. Este caso demonstra a importância da investigação etiológica para o diagnóstico final.

IM n.º 2383

Hipocoagulação e comorbilidades: um equilíbrio frágil

Patrícia Neves(1);Mariana Pereira Santos(1);Diogo Brandão Neves(1);Teresa Sequeira(1);João Correia(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Outro

A decisão de manter a hipocoagulação é um desafio na gestão do doente com múltiplas patologias.
Apresentamos o caso de uma mulher de 57 anos, com antecedentes de enfisema pulmonar, bronquiectasias e tromboembolismo pulmonar crónico a condicionar hipertensão pulmonar, hipocoagulada com enoxaparina, admitida por insuficiência cardíaca descompensada. Internamento complicado por hemoptises frequentes; requisitada tomografia computorizada do tórax, a revelar trombose já conhecida da artéria pulmonar e, concomitantemente, bolhas de enfisema do pulmão direito parcialmente preenchidas por conteúdo hemático.
Com esta imagem, os autores pretendem salientar a dificuldade em avaliar o risco trombótico e hemorrágico em doentes com doenças complexas.

IM n.º 2391

Hidatidose Humana – Uma realidade longínqua?

Bárbara Ferreira da Silva(1);Tânia Faustino Mendes(1);Matilde Couto(1);Mariana Marques(1);Nuno André Sousa(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFX

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Homem de 61 anos, natural da Roménia, onde residia numa área rural com gado caprino e contacto próximo com cães, a viver em Portugal há 4 meses, recorreu ao serviço de urgência por lipotímia, vómitos e febre. Realizou TC abdominopélvica que revelou volumosa lesão quística complexa hepática. Para esclarecimento realizou RMN hepática que confirmou a presença de quisto hidático, com hidátides vesiculares filhas (Imagem 1) e sinais de rutura do pericisto na vertente póstero-superior, com provável extensão do processo infeccioso à região subfrénica direita (Imagem 2). Este caso ilustra um achado imagiológico raro nos dias de hoje, porém deve permanecer presente como diagnóstico diferencial, sobretudo considerando o contexto epidemiológico.

IM n.º 2392

Angioedema Induzido por Lisinopril

Tatiana Pacheco(1);Pedro Alves(2);Andreia Branco Pereira(1);Teresa Mendonça(1);Ana Filipa Silva(1);Dinis Sarmento(1);Daniela Barbosa(1);Nuno Magalhães(1);Magda Silva(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (2) USF Tâmega

Tema: Outro

Mulher, 73 anos, recorreu ao serviço de urgência por edema do lábio superior, notado ao acordar. Negou prurido e outros episódios semelhantes. Negou queixas gastrointestinais e respiratórias. Negou introdução de alimentos de novo. A doente encontrava-se cronicamente medicada com metformina, vildagliptina e rosuvastatina. Dois dias antes iniciou lisinopril 20mg. Ao exame objetivo: hemodinamicamente estável, apirética, SpO2 98% (FiO2 21%); edema do lábio superior; auscultação pulmonar sem broncospasmo. Analiticamente, sem alterações de relevo. Assumido angioedema secundário a lisinopril, que foi suspenso. Ficou em vigilância durante 12 horas, com melhoria franca. Foi reavaliada em consulta, sem recorrência dos sintomas.

IM n.º 2396

Basocelular intracraniano

David Mata Martins(1);Inês Marques Ferreira(1);Ana Luísa Marçal(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 66 anos, com carcinoma basocelular do couro cabeludo com invasão da calote craniana, diagnosticado e removido cirurgicamente em 2019 com histologia da peça com margens livres. Recidiva em 2020 em ressonância magnética (Fig_1), tendo a doente recusado nova intervenção. Tentativa de tratamento sistémico com vismodegibe e radioterapia sem sucesso, com rápida progressão local observada em TC-CE de 2021 (Fig_2). Admitida em maio de 2022 no SU por cegueira cortical, sem outros défices objetiváveis (Fig_3), assumida em contexto de compressão do córtex occipital pela neoplasia, sem resposta a corticoterapia.
Esta imagem demonstra uma consequência rara de uma neoplasia cuja remoção por norma é curativa e definitiva.

IM n.º 2397

Lesão pulmonar cavitada: nem tudo é tuberculose

João Casanova Pinto(1);Manuel g. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Doenças oncológicas

Introdução:
Mulher de 71 anos, fumadora, admitida por febre, dispneia e tosse com expectoração purulenta com 3 dias de evolução. Em adição, com perda ponderal significativa e cansaço nos últimos 7 meses. Apresentava leucocitose neutrofílica, PCR 16 mg/dL. A TC torácica demonstrou uma cavitação periférica no segmento posterior do lobo superior direito, com cerca de 35 x 22 mm, de paredes irregulares. As pesquisas de SARS-CoV-2, VIH 1 e 2, antigénios de Influenza A e B, antigenúria de S. pneumoniae e L. pneumophila foram negativas. O estudo do lavado broncoalveolar excluiu infecção por micobactérias e confirmou a presença de células neoplásicas com marcação AE1/AE3+, NapsinaA+ e CK7+, compatíveis com adenocarcinoma micropapilar. 5.7 a 14.9% dos doentes com adenocarcinoma pulmonar apresentam lesão cavitada. As etiologias infecciosas devem ser excluídas.

IM n.º 2401

Lesões Cutâneas secundárias a Hidroxiureia

Fábio Caleça Emidio(1);Sérgio m. Pereira(2);Ana Lopes Santos(3);Ana de Matos Valadas(4);Teresa Abegão(1);Isabel Galriça Neto(5)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro (2) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz (3) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier (4) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (5) Hospital da Luz Lisboa

Tema: Doenças raras

A hidroxiureia consiste num produto da hidroxilação da ureia, utilizado em diversas doenças hematológicas, estando associada a alterações cutâneas raras.
Sexo masculino, 71 anos, sob tratamento com hidroxiureia desde 2010 por Trombocitose Essencial com conversão a mielofibrose em 2019. As lesões descritas terão surgido aquando da introdução do fármaco, com comportamento oscilante de agravamento/melhoria, que motivou realização de biopsia cutânea em 2015, sugestiva de iatrogenia.
Nas seguintes imagens contata-se a existência de lesões cutâneas hiperpigmentadas e de lesões eritematosas papulares dispersas pelas regiões póstero-laterais torácica e dorsal, algumas das quais inclusivamente ulceradas, em padrão dermatomiosite-like.
A evolução com oscilação agravamento/melhoria associada a aumento/redução da dose de hidroxiureia suporta o diagnóstico.

IM n.º 2402

Sinal de Milian – erisipela com envolvimento do pavilhão auricular

Gonçalo Ruas(1);Manuel Ferreira Gomes(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

A erisipela é uma infecção cutânea aguda frequente na prática clínica. Apresenta-se o caso de uma mulher de 33 anos, sem antecedentes médicos, que recorreu ao serviço de urgência por edema da face e cefaleia. Apresentava placa eritemato-edematosa, dolorosa, de limites bem definidos com envolvimeno do pavilhão auricular. Este envolvimento, que pode ser descrito como sinal de Milian, é sugestivo de erisipela em detrimento da celulite uma vez que a sua localização é classicamente mais superficial. Sob antibioterapia durante 7 dias (amoxicilina e ácido clavulânico) verificou-se melhoria clínica com resolução completa.

IM n.º 2410

Mississipi mud – red flag

Joana Oliveira Rodrigues(1);Ana Luísa Matos(1);Fátima Pimenta(1)
(1) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Tema: Outro

O red man syndrome é uma reação de hipersensibilidade não IgE mediada, por desgranulação dos mastócitos. Na maioria dos casos está associada à primeira infusão, mas pode surgir mais de uma semana depois do início do fármaco.
Homem de 59 anos, VIH-2 com incumprimento terapêutico e osteoporose, com espondilodiscite presumida medicada com ceftriaxone e vancomicina.
Ao 12º dia, após aumento de dose de vancomicina, desenvolveu eritema pruriginoso da face e tronco superior, com febre e vómitos e relação temporal com a perfusão, enquadráveis em red man syndrome. Resolveu com suspensão do fármaco e tratamento sintomático com anti-histamínico e corticóide. O caso clínico vem alertar para esta entidade e importância da sua identificação.

IM n.º 2414

A importância da ecografia à cabeira do doente numa enfermaria de Medicina

Mariana s. r. Costa(1);Célia Maia Cruz(1);Duarte Nuno da Silva(1);Flávia Faria(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Outro

A ecografia à cabeceira do doente tem-se revelado uma mais-valia na avaliação dos doentes. As imagens apresentadas pertencem a uma doente de 78 anos com COVID recente e dispneia sustentada. A radiografia de tórax (fig.1) revelava um aparente índice cardiotorácico aumentado, levantando a suspeita de insuficiência cardíaca. Contudo, a ecografia permitiu identificar massa paramediastínica esquerda com derrame pleural (fig.2), imagens subpleurais sugestivas de COVID, dilatação da aurícula esquerda mas boa função biventricular. A tomografia computorizada torácica (fig.3) confirmou lesão a envolver a artéria pulmonar e também pneumonia organizativa pós-COVID. Assim, a facilidade de acesso à ecografia permite agilizar estudo dirigido e tratamento.

IM n.º 2426

Queimadura solar... e não só!

Maria Inês Bertão(1);Margarida Gaudêncio(1);André Carvalho(1);Ivo Barreiro(1);Rosário Santos Silva(1);Rosa Mascarenhas(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 79 anos. Antecedentes de hipertensão, dislipidémia e hiperuricémia. Medicado com perindopril+amlodipina, sinvastatina e alopurinol. Desenvolveu queimadura toraco-abdominal após exposição solar contínua. Ao exame objetivo, também com eritema maculopapular pruriginoso no dorso e erupção eritematosa confluente nas pernas. Analiticamente com linfopenia, discreta citocolestase e elevação da velocidade de sedimentação e Proteína-C-Reativa. Auto-imunidade negativa. Serologias do vírus da imunodeficiência humana, hepatites e citomegalovírus negativas. Assumindo-se provável Síndrome de DRESS (RegiSCAR: 5), o alopurinol foi descontinuado e iniciou prednisolona 40 mg/dia em desmame lento. Um mês depois com desaparecimento das erupções. Apresenta-se o caso de uma toxidermia por alopurinol que se manifestou de uma forma bizarra e silenciosa.

IM n.º 2446
Uma manifestação pós-vacinal

Maria Inês Bertão(1);Mariana Farinha(1);Ivo Barreiro(1);Margarida Gaudêncio(1);Rita Correia(1);Rosário Santos Silva(1);Rosa Mascarenhas(1);Abílio Gonçalves(1)
(1) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Outro

Mulher, 81 anos, diabética, recorreu ao Serviço de Urgência com lesões eritematosas dolorosas, não pruriginosas no dorso e braço direito (em dermátomo) 15 dias após a 3ª dose da vacina SARS Cov2. Analiticamente destaca-se a presença de linfopenia; serologias do vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C, citomegalovírus e estudo autoimune negativo. Foi medicada com valaciclovir e corticóide tópico com melhoria das lesões. Com estas imagens, apresenta-se um caso de reativação de herpes zoster após vacinação COVID-19, em concordância com diversos casos reportados na literatura. Esta entidade pode apresentar manifestações cutâneas, manifestações respiratórias (pneumonia) e neurológicas, especialmente em doentes imunocomprometidos.

IM n.º 2449

Síndrome de Enfisema - Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI)

Rita Bernardino(1);Rita Monteiro(1);Angela Ghiletchi(1);Carolina Coelho(1);Inês Matos Ferreira(1);Diogo Dias Ramos(1);Inês Fiúza m. Rua(1);Cláudia Maciel Perez(1);Sérgio Cabaço(1);Amanda Hirschfeld(1);André Valente(1);Rodrigo Leão(1);Ana Serrano(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças respiratórias

A fibrose e o enfisema pulmonar são entidades clínico-patológicas distintas. Desde o surgimento da TCAR, a combinação das duas doenças é cada vez mais descrita e provou ser uma associação prevalente, e não uma rara coincidência. A prevalência HTP é alta e representa a principal condição que determina o prognóstico.

TC alta resolução (TCAR) de homem de 70 anos admitido por exacerbação aguda de DPOC tabágica de desfecho clínico desfavorável, com extenso enfisema para-septal e centrilobular confluente, destruição do parênquima dos lobos inferiores, bronquiectasias de tração, alterações microquísticas subpleurais "favo de mel" e espessamento brônquico difuso.

Devido ao mau prognóstico associado é imprescindível maior compreensão da fisiopatologia e progressão desta síndrome a fim de antecipar o seu diagnóstico e tratamento, já que atualmente não há terapêutica eficaz.

IM n.º 2460

Toxidermia exantemática por contraste iodado endovenoso em doente com poroqueratose actínica

João Casanova Pinto(1);Manuel g. Costa(1);Beatriz Fernandes(1);Carlos Ramalheira(1);Diogo Cruz(1)
(1) Hospital Cascais

Tema: Outro

Introdução:
Homem de 61 anos, sem história de alergias medicamentosas, internado por COVID-19 grave. 4h após a realização de angio-TC tórax, objectivou-se eritema maculopapular disseminado, simétrico, doloroso, pruriginoso, quente, de progressão centrípeta, nos membros inferiores, superiores, regiões dorsal, lombar, torácica, cervical, abdominal e perineal de aspecto confluente e de agravamento progressivo ao longo de 72h. Não apresentou sinais de gravidade como vesículas, erosões, necrose ou atingimento mucoso. Verificou-se tropismo particular pelas lesões antecedentes de poroqueratose actínica na face anterior das pernas. Assumiu-se o diagnóstico de reacção de hipersensibilidade tipo IV a contraste iodado. Foi medicado com prednisolona 40 mg PO id, fluidoterapia IV e corticoterapia tópica. Objectivou-se melhoria clínica substancial sob terapêutica.

IM n.º 2476

Da taquicardia ao trombo cardíaco.

Ana Maria Carvalho(1);Ana Morais Alves(1);Marta Barrigas(1);André Ribeiro(1);Sandra Tavares(1);Marta Rodriguez(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Unidade Hospitalar de Chaves

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem, 47 anos, autónomo, com alcoolismo crónico 100gr/dia. Recorreu à urgência por dor torácica retroesternal. Normotenso. Eletrocardiograma: fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida a 150bpm. Ecoscopia: dilatação de todas as cavidades, depressão biventricular grave da função do ventrículo esquerdo (VE), hipocinesia global e massa heterogénea com componente hipoecogénico central e hiperecogénico periférico no VE de grandes dimensões, regular, móvel, apensa ao septo interventricular distal/apical. Iniciou hipocoagulação. Da investigação realizada assumido diagnóstico de miocardiopatia dilatada alcoólica com trombo cardíaco apical. Salienta-se a importância da ecografia à cabeceira do doente na abordagem do doente crítico.

IM n.º 2481

Oleotórax- uma opção terapêutica perdida no tempo

Rui Salvador(1);Catarina Antunes Salvado(1);Ana Sofia Reis(1);Sara Beatriz Rodrigues(1);Pedro Filipe Mesquita(1);Paula Ferreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 86 anos, vem ao SU por dispneia com 3 dias de agravamento, fadiga, sem outros sintomas. No exame objetivo realçam-se crepitações finas bibasais, edemas godet positivos dos membros inferiores, e uma massa dura infraclavicular esquerda. Do estudo salienta-se o raio-x apresentado. Com exploração da história, identificamos uma tuberculose em 1957 com atingimento de ambos os ápices pulmonares, submetidos a lobectomia direita e oleotórax esquerdo. Em 2017, realizou imagem que demonstrou fistulização para região peitoral esquerda.
O oleotórax era uma opção terapêutica de tuberculose pulmonar prévia a invenção de tuberculostásticos, que pode ser um achado imagiologico raro em doentes com tuberculose pulmonar antiga e com complicações associadas.

IM n.º 2483

Artrópodes: uma causa pouco estética de Cirurgia Plástica

Carlos m. Nogueira(1);Inês Araújo(1);Ana Andrade Oliveira(1);Marta Pereira(1);Martinha Vale(1);Margarida Robalo(1);Carla Maravilha(1);Sofia Esperança(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Outro

Um jovem de 33 anos, sem medicação habitual e apenas com antecedentes de psoríase, recorreu ao Serviço de Urgência por uma picada de artrópode no pé. O doente inicialmente teve alta sob antibioterapia oral, tendo acabado por regressar por agravamento do quadro, com necrose cutânea e incapacidade de deambular, ficando internado com o diagnóstico de celulite. Realizou antibioterapia empírica e foi submetido a desbridamento mecânico por Cirurgia Plástica, com boa evolução, mas provável indicação para enxerto cutâneo à posteriori. As picadas de artrópodes com necrose geralmente ocorrem por injeção de veneno de aranhas ou de alguns centípedes, sendo muito infrequentes em Portugal e potencialmente graves. Este caso alerta-nos para a possível presença de artrópodes venenosos em Portugal e para a importância de manter vigilância destes casos, pelo risco de má evolução.

IM n.º 2484

De hiperglicemia a mediastinite

Daniela Nascimento Matias da Silva(1);Catarina Tavares Valente(2);Jorcélio Vicente(2);Ana Teresa Moreira(2);Sónia Coelho(2);Ana Ferreira(2);João Correia(2)
(1) Hospital Elvas (2) Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE / Hospital Sousa Martins

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 87 anos, diabética e hipertensa. Enviada ao Serviço de Urgência por hiperglicemia. Exame físico: sub-febril, rubor e dor à palpação condro-esternal esquerda superior. Análises: PCR 32 mg/dL, glicose 474 mg/dL. Radiografia do tórax e exame de urina sem alterações. Fez rastreio sético. Assumida diabetes descompensada em contexto infecioso sem foco evidente. Avaliação tomodensitométrica torácica sem contraste endovenoso registou imagem de conteúdo gasoso e parede espessa sugestiva de coleção, na região retro-clavicular esquerda com insinuação no mediastino superior/região condro-esternal (5x2cm). Admitiu-se mediastinite. Contactada Cirurgia Torácica, pela dependência da doente protelada intervenção. Iniciou piperacilina/tazobactam com resposta analítica, mas viria a falecer. Posteriormente verificada bacteriémia por *Staphylococcus aureus.*

IM n.º 2485

Leishmaniose cutânea, entidade rara em Portugal

Fernando Lemos(1);Patrícia Araújo(1);Ana Rita Branco(1);Alda Andrade(1);Pedro Pinto(1);Duarte Silva(1);António Ferreira(1);Emília Guerreiro(1);Carmélia Rodrigues(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem, 54 anos. Imigrante do Brasil. Antecedentes de Leishmaniose Tegumentar Americana (lesão única, que desapareceu completamente após tratamento com antimoniato de meglumina durante 21 dias), ainda no Brasil. Cerca de 2 anos depois, aparecimento de lesão ulcerada na região dorsal (mesma localização da lesão prévia), indolor. Por suspeita de recidiva, submetido a biópsia da lesão sendo descrita dermatite granulomatosa não caseosa, compatível com o diagnóstico de leishmaniose cutânea. Dada o contexto clínico, considerada recidiva de Leishmaniose cutânea. Realizou tratamento com Anfotericina B, com resolução lenta da lesão.

IM n.º 2507

Hemorragia Alveolar Difusa: Uma rara complicação de Lúpus Eritematoso Sistémico

Catarina Antunes Salvado(1);Pedro Viegas(1);Paula Ferreira(1);Carina Silva(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Mulher de 20 anos, com Lúpus Eritematoso Sistémico com um ano de evolução, internada por dispneia, tosse e hemoptises. À auscultação pulmonar, apresentava crepitações bilaterais. Gasimetricamente, com insuficiência respiratória hipoxémica grave, com necessidade de Oxigenoterapia de Alto Fluxo. A TC de tórax revelou extensas consolidações peribroncovasculares nos lobos superiores, lobo médio e lobos inferiores, traduzindo Hemorragia Alveolar Difusa. Realizou pulsos de Metilprednisolona 1g em 3 dias, seguida de prednisolona 60mg/dia e um ciclo de ciclofosfamida, com excelente resposta clínica e imagiológica.

IM n.º 2512

Asbestose

Fábio Caleça Emidio(1);Teresa Abegão(1);Karolina Aguiar(1);Ana Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro

Tema: Doenças respiratórias

O diagnóstico da patologia pulmonar em indivíduos expostos a asbesto é um processo que requer uma história clínica detalhada, e uma correlação com o exame objectivo e imagiologia.
As placas pleurais circunscritas fazem parte do grupo de patologias benignas provocadas por asbesto. São comumente um incidentaloma e surgem cerca de 10 anos após a exposição inicial. São visíveis na telerradiografia de tórax apenas quando calcificam. Sem impacto fisiológico suficiente para causar queixas respiratórias. O exame objectivo é frequentemente normal.
Apresentamos o caso de um homem de 75 anos, com história de exposição profissional a asbesto desde os 30 anos, internado por síndrome confusional com hiponatremia. Solicitada telerradiografia de tórax que evidenciou placas bilaterais compatíveis com calcificação, com correspondência na tomografia axial computorizada de tórax.

IM n.º 2516

Cancro do pulmão: uma imagem diferente

Francisco Monteiro Henriques(1);Diana Amorim(1);Catarina Silva(2);Rita Grácio(1);Salvato Feijó(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André (2) Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 63 anos, fumador, ex-toxicodependente, tuberculose aos 18 anos.
Admitido por síndrome consumptivo com 2 meses de evolução e um episódio de hemoptises. À observação com crepitações no hemitórax direito. Analiticamente com leucocitose.
O Rx-tórax mostrava uma lesão cavitada no terço médio do campo pulmonar direito com níveis hidroaéreos confirmada na TC.
Suspeitou-se de abcesso pulmonar e iniciou terapia com piperacilina, tazobactan e clindamicina sem melhorias analíticas ou imagiológicas. O Mycobacterium tuberculosis foi negativo.
A broncofibroscopia revelou uma massa endobronquica necrótica. O diagnóstico foi de um adenocarcinoma T4N2M0 e tratado com quimioradioterapia concomitante com boa resposta.
Com este caso demonstra-se que o diagnóstico de malignidade nunca deve ser esquecido e pode ter clínica e imagem muito parecida à de abcessos pulmonares.

IM n.º 2529

Mordedura de língua infetada

Renata Martinho(1);Maria Miguel Carlos(1);Marcel Guerreiro(1);Agnieszka Czajkowska(1);Sara Dias(1);Sara Magalhães(1);Eunice Patarata(1);Heidi Gruner(1);Mariana Popovici(1);Sara Castro(1);Claudia Mihon(1);António Panarra(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A mordedura da língua surge em 20-30% das crises convulsivas com componente tónico ou clónico, sendo habitualmente de pequenas dimensões e autolimitada.
Apresentamos aqui o caso de um homem de 36 anos apresenta-se na urgência por crise convulsiva tónico-clónica com mordedura de língua, resultando em ferida incisa de toda a sua largura e um terço da sua espessura. Ao terceiro dia persiste a língua dolorosa, edemaciada quente e com exsudato purulento e cheiro fétido, com subida dos parâmetros inflamatórios. Assim iniciou amoxicilina, metronidazol e higiene oral com bochechos de clorexidina 0.2%.
A exuberância desta lesão e a sobreinfeção motivaram a apresentação das imagens.

IM n.º 2530

Rara causa do edema periorbitário

Tetiana Baiherych(1);Ana Garrido Gomes(1);Patrícia Simões(1);Viktor Baiherych(1);Mafalda Cordeiro Sousa(1);j Pedro Manata(1);Sandra António(1);Maria Filomena Roque(1);Luis Siopa(1)
(1) Hospital Distrital de Santarém, EPE

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Sexo masculino, 55 anos de idade. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro do edema periorbitário que associava a toma de diclofenac 100 mg há algumas horas, que tomou por dor no hemitórax esquerdo após queda no domicílio. O exame objetivo inicialmente não apresentava alterações. Foi assumido reação alérgica medicamentosa mas o doente não respondeu à terapêutica com anti-histamínicos e logo a seguir começou com quadro de dispneia. Foi realizado Rx tórax que evidenciou pneumotórax à esquerda com colapso pulmonar e extenso enfisema subcutâneo. Imediatamente procedeu-se a colocação de drenagem torácica com evacuação de ar em grande quantidade e com alívio de sintomatologia respiratória. A imagem relembra-nos da importância do diagnóstico diferencial de várias causas de edema periorbitário, incluindo inflamatórias, alérgicas, bem como traumáticas e sistêmicas.

IM n.º 2543

Padrão de Fahr - Incidentaloma ou Previsão do Futuro?

ANGELA GHILETCHI(1);Carolina Coelho(1);Inês Matos Ferreira(1);Inês Fiuza m Rua(1);Sérgio Cabaço(1);Rita Monteiro(1);Rita Bernardino(1);Diogo Dias Ramos(1);Cláudia Maciel Perez(1);Amanda Hirschfeld(1);Joana Diogo(1);Manuel Serrano(1);Maria Helena Pacheco(1);Lurdes Venâncio(1);Maria Conceição Loureiro(1)

(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Utente masculino, 75 anos, independente, é levado ao Serviço de Urgências por perda de consciência, com duração de cerca de 5 min, na hora anterior. Com amnésia para o sucedido, sem pródromos, incontinência de esfíncteres ou sequelas neurológicas. Com antecedentes de hipotiroidismo, hipertensão arterial e doença renal crónica estadio 3. Sem doença neuro-psiquiátrica. Na ressonância magnética crânio-encefálica foi observado teor mineralizado nos núcleos pálidos e dentados. Sem alterações no controlo analítico.

O padrão/síndrome/doença de Fahr traduz patologia neurodegenerativa rara caracterizada por calcificação dos núcleos basais e dentado - este último visível na imagem - levando a parkinsonismo, coreeia, distonia e alteração cognitiva, podendo ser familiar/primária ou secundário a distúrbios metabólicos, infecciosos, entre outros.

IM n.º 2550

Rotura de aneurisma da artéria esplenica

João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Sara sá(1);Tiago Ceriz(1);Andres Carrascal(1);Miriam Blanco(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher 79 anos, score mRankin 2. Antecedentes de hipertensão, diabetes tipo 2, fibrose pulmonar e aneurisma da arteia esplenica (33 mm), que recusou intervenção e seguimento. Admitida por história de agravamento há uns dias da dispneia, ortopneia e cansaço. Inicialmente com necessidade de oxigenoterapia a 5L/min para SatO2 97% e hipertensa 170/127 mmHg. Eletrocardiograma em ritmo sinusal. Subitamente com hipotensão grave 80/40 mmHg, gasimetria com hiperlactacidemia, admitida na sala de emergencia para medidas de suporte. Tomografia abdomino-pelvica com rotura de aneurisma da artéria esplénica. Dado o basal da doente sem beneficio de admissão em nivel II/III, acabando por falecer. Destaca-se a irreversabilidade de uma rutura aneurismatica.

IM n.º 2580

Um olhar atento sobre a Síndrome de Tolosa-Hunt

Jéni Quintal(1);Ana Rita Piteira(1);Filipa Carrega(1);Diana Pedreira(1);Manuela Fera(1);Ana Sara Gonçalves(2);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo (2) SESARAM, E.P.E.

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Mulher, 25 anos, saudável. Nos últimos 3 meses com várias idas ao serviço de urgência por cefaleia hemicraniana direita intensa e pulsátil, associada a fotofobia, cinesiofobia, lacrimejo e congestão nasal ipsilaterais. No último mês edema ocular, proptose e diminuição da acuidade visual direitos de agravamento progressivo, com instalação de amaurose nas últimas horas. Níveis séricos de IgG4 normais, autoimunidade, virologia e ECA negativos. Ressonância crânio-encefálica com alteração de sinal com espessamento dos músculos extraoculares até à gordura orbitária (terço posterior e ápex), fissura orbitária superior e seio cavernoso. Assumida Síndrome de Tolosa-Hunt e iniciada metilprednisolona com resolução do quadro. O diagnóstico desta síndrome é desafiante e de exclusão, sendo a documentação imagiológica e a avaliação da resposta à corticoterapia cruciais.

IM n.º 2602

Mal de Pott

Andreia Branco Pereira(1);Ana Filipa Silva(1);Dinis Sarmento(1);Sofia Rodrigues de Carvalho(1);Teresa de Mendonça(1);Tatiana Pacheco(1);Diana Pereira Anjos(1);Filipa Leal(1);Francisco Bento Soares(1);Liliana Torres(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 31 anos que recorre ao serviço de urgência por dor dorso-lombar com 7 meses de evolução associada a parestesias no membro inferior esquerdo desde há 2 dias. Nega febre, hipersudorese noturna, anorexia, perda ponderal. É realizada TC dorso-lombar que descreve área de densificação de tecidos moles envolvendo a vertente póstero-lateral dos corpos vertebrais de D8 a D10, condicionando destruição óssea/lesões líticas. Realizada biopsia percutânea da coleção paravertebral com saída de produto purulento. Pesquisa de DNA de *Mycobacterium tuberculosis complex* (MT) positiva, exame direito negativo e, passados 42 dias, exame cultural positivo com identificação de MT. Este caso exemplifica que, apesar de rara, a espondilodiscite tuberculosa é uma patologia que deve ser ponderada perante casos de dorsolombalgias.

IM n.º 2603

Tuberculose um tema atual

Lisandra Gouveia(1);Ana Sara Gonçalves(1);Mónica Jardim(1);Styliani Karamanou(1);Teresa Faria(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Marmeleiros Funchal

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A tuberculose é uma doença infetocontagiosa grave para a qual existe tratamento com possibilidade de cura. A propósito, descrevemos um caso de um homem de 26 anos, português, com antecedentes de infeção por SARS-CoV2 em janeiro 2022, que apresentou quadro de cansaço, dispneia e dor pleurítica com 2 semanas de evolução. Analiticamente com elevação dos D-dímeros e PCR. Realizou AngioTac Tórax que excluiu TEP e descreveu condensação LSD com pequena cavitação associado a volumoso derrame pleural ipsilateral. Na toracocentese a destacar exsudato, LDH elevada e adenosina 56.8 U/L. Com exame micobacteriológico e biologia molecular positivos no LBA e secreções brônquicas. Apresentamos este caso de modo a comprovar a atualidade deste tema.

IM n.º 2607

Quando o que parece não é

MARGARIDA DIAS AGUDO GOMES NETO(1);Adriano Novais Carvalho(2);Antonio Eliseu(1);Francisca Saraiva Santos(1);Sonia Serra(1)
(1) Centro Hospitalar de Setubal (2) IPO Porto

Tema: Doenças oncológicas

Homem, 57 anos, hipertenso e fumador, vem à Urgência por quadro de prostração e confusão mental com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo desorientado e com discurso confuso. Analiticamente sem alterações. Realizou TAC Cranio que revelou Glioblastoma na região frontal e estriato capsular e a condicionar efeito de massa e hidrocefalia importantes. Foi intervencionado cirurgicamente resultando hemiparesia esquerda sequelar. Apesar de seguimento médico regular, existem lesões de crescimento exponencial e cujo diagnóstico é realizado quando os doentes têm indicação para cuidados paliativos. Estas imagens ilustram como um quadro clinico não traduz a gravidade de uma lesão, ensinando-nos a não menosprezar simples sintomas, sobretudo nos jovens.

IM n.º 2613

AVC isquémico holohemisférico em doente com variação anatómica vascular

Ana Beatriz Barata(1);Íris Galvão(1);Elisabete Margarido(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

A artéria cerebral posterior (ACP) de origem fetal é uma variante anatómica comum em que esta é irrigada primariamente pela carótida interna, por persistência de um ramo fetal. Num evento tromboembólico, a presença desta variante pode alterar a sua distribuição e gravidade.
Mulher de 75 anos com fibrilhação auricular e múltiplos fatores de risco cardiovasculares, que se apresenta no hospital com hemiparesia esquerda e disartria após acordar. TC-CE confirmou extensa lesão isquémica holohemisférica, com efeito de massa, em provável relação com trombose cardioembólica da carótida interna e ACP de origem fetal. Dada a duração e presença de lesão estabelecida, não teve indicação para terapêutica de fase aguda, acabando por falecer.

IM n.º 2615

NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA - UMA COMPLICAÇÃO RARA DO ALOPURINOL

Francisco Barreto(1);Margarida Jardim(2);Dúlio Passos(2);Sofia Nóbrega(2);Carolina Carvalhinha(2);Carolina Henriques(2);Rui Fernandes(2);Rafael Freitas(2)
(1) Não Identificado (2) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças raras

Mulher 80 anos, antecedentes de gota e hipertensão arterial. Vem à urgência por febre e exantema macular generalizado de centro escuro e flictenas associados a prurido intenso. Na semana anterior retomou alopurinol após uma crise gotosa. Apresentava exantema macular generalizado escuro muito doloroso, exfoliação cutânea e sinal de Nikolsky positivo, flictenas, plasmorragia e mucosite. Apresentava aumento de parâmetros inflamatórios. Ficou em isolamento por suspeita de necrólise epidérmica tóxica (NET), sob gaze gorda, controlo térmico e fluidoterapia. Complicou com choque séptico refratário em contexto de pneumonia nosocomial acabando por falecer.
A NET é rara e potencialmente fatal que surge como resposta a alguns fármacos. Os autores apelam à familiarização da NET de modo a minimizar diagnósticos tardios e consequente morbimortalidade.

IM n.º 2618

Angiopatia Amiloide Cerebral: uma contraindicação para hipocoagulação?

Carlos m. Nogueira(1);Martinha Vale(1);Marta Pereira(1);Margarida Robalo(1);Ana Andrade Oliveira(1);Inês Araújo(1);Carla Maravilha(1);Sofia Esperança(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital Braga

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Um doente de 79 anos, autónomo, com antecedentes de Acidente Vascular Cerebral Isquémico e Fibrilação Auricular, hipocoagulado com varfarina, foi internado com o diagnóstico de síndrome confusional agudo e tromboembolismo pulmonar (TEP) de baixo risco. O estudo etiológico envolveu realização de Ressonância Magnética Cerebral, que mostrou achados clássicos de angiopatia amiloide cerebral, com micro-hemorragias difusas e siderose cortical. Estes achados são preditores de mau prognóstico e de maior risco hemorrágico, tendo condicionado a suspensão de hipocoagulação, apesar dos antecedentes e presença de TEP. Para além da exuberância excecional dos achados, este caso reforça a relevância dos exames de imagem na orientação dos doentes e a dificuldade em balançar risco hemorrágico e trombótico no que diz respeito ao tratamento com anticoagulantes.

IM n.º 2620

Múltiplas hérnias volumosas: um caso atípico

Ana Francisca Torres Sarmento(1);Filipa Fialho Reis(1);Teresa Fonseca(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Mulher, 66 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu à consulta por quadro de cansaço, adinamia e pirose com uns meses de evolução, sem dor abdominal ou perdas visíveis. Analiticamente apresentava anemia ferropénica com Hb de 6.4 g/dL. Objetivamente salientava-se aumento do perímetro abdominal com volumosa hérnia da linha branca e uma massa de cerca de 4cm na fossa ilíaca direita. Foi realizada tomografia computorizada abdomino-pélvica que evidenciou uma volumosa hérnia da linha branca (colo de cerca de 5cm e o saco contendo o cólon transverso); volumosa hérnia de Spiegel à direita (colo de cerca de 4cm e saco contendo o colon sigmoideu) e hérnia do hipogastro (com colo de cerca de 3,5cm e saco contendo a bexiga). A doente acabou por ser submetida a cirurgia de correção das hérnias, com melhoria da anemia.

IM n.º 2630

Obstrução gradual da via aérea

Tiago Ceriz(1);João Lagarteira(1);Rita Pera(1);Sara sá(1);Rui Terras Alexandre(1);Tiago Loza(1);Domingos Fernandes(1);Andres Carrascal(1)
(1) CH Nordeste - Bragança

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Homem 82 anos, autónomo. Quadro de dispneia com alguns dias de evolução em agravamento. Polipneico com acidemia respiratória, iniciou ventilação não invasiva, mas com agravamento gradual e necessária intubação oro-traqueal e ventilação mecânica invasiva. Internado na Unidade de Medicina Intensiva. Na tomografia tórax observa-se, na parede anterior da traqueia, lesão heterogénea, medindo ~3,8 cm, extensamente calficada, com extensão extraparietal e endoluminal, condicionando acentuada redução do calibre da coluna aérea. Realizada broncofibroscopia com remoção de dois terços da massa, histologicamente condrosarcoma grau II. Destaca-se um caso raro de obstrução da via aérea.

IM n.º 2636

"O que dizem os teus olhos?"

Nuno Pardal(1);Ana Rita Oliveira(1);Ângela Paredes Ferreira(1);Daniela Penteado Salgueiro(1);Carolina Carvalho(1);Marta Batoca Sousa(1);Miguel Reis Costa(1);Rita Vilar da Mota(1);Patrícia Sôra Sobrosa(1);Luís Pontes Santos(1);Diana Guerra(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE / Hospital de Santa Luzia

Tema: Doenças hematológicas

Mulher de 76 anos com antecedentes de Mieloma múltiplo (MM) IgG/lambda internada por degradação progressiva de estado geral em contexto de evolução da doença. Objetivada equimose periorbitária e palpebral bilateral simétrica, vulgarmente designada "olhos de guaxinim" (Fig.1) em contexto de Amiloidose de cadeias leves (AL) associada à progressão do MM.
Cerca de 10 a 15% dos doentes com MM desenvolve AL clinicamente sintomática. Os "olhos de guaxinim" ocorrem por fragilidade vascular pela deposição de amilóide nestes vasos. Este sinal é uma manifestação típica mas rara de AL, devendo-se suspeitar desta etiologia em qualquer doente que o apresente.

IM n.º 2639

Com a amónia na cabeça!

José Nuno de Magalhães(1);Diana Isabel Rocha(1);Arlindo Guimas(1);Sara Rocha(1);Rosa Ribeiro(1)
(1) Centro Hospitalar Universitário do Porto

Tema: Doenças raras

Mulher, 21 anos, contexto de citrulinemia tipo I com diagnóstico neonatal e distúrbio da personalidade borderline a condicionar parca adesão terapêutica e múltiplos episódios de internamento por encefalopatia hiperamonémica. No decurso do seu seguimento em consulta de Doenças Hereditárias do Metabolismo, realizou ressonância magnética cerebral para despiste de lesão estrutural. As imagens abaixo revelam múltiplas lesões dispersas pela substância branca subcortical frontal e parietal, traduzindo fenómenos de hipomielinização secundários à hiperamonémia cerebral de repetição. Ilustram ainda a consequência direta da má adesão terapêutica numa doente jovem cuja doença de base tem ótimo prognóstico quando adequadamente controlada.

IM n.º 2642

Teratocarcinoma Embrionário: uma causa incomum de dor lombar

Andreia Branco Pereira(1);Ana Filipa Silva(1);Dinis Sarmento(1);Teresa de Mendonça(1);Tatiana Pacheco(1);Francisco Bento Soares(1);Liliana Torres(1);Lindora Pires(1)
(1) Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 51 anos que recorre ao serviço de urgência por dor lombar esquerda com 6 meses de evolução. Nega febre, hipersudorese, anorexia, perda ponderal, queixas gastrointestinais ou urinárias. Apresenta uma massa palpável, heterogénea no hipocôndrio e flanco esquerdo e testículo esquerdo aumentado. TC AP descreve volumosa massa heterogénea retroperitoneal lombo-aórtica, de contorno bosselado, com limites difíceis de definir, medindo cerca de 191x125mm. Foi realizada biópsia da massa retroperitoneal que, tendo por base o padrão histológico e de imunorreatividade, favorece o diagnostico de teratocarcinoma embrionário.
Avaliado por Oncologia e orientado para o IPO do Porto para inicio de tratamento dirigido à neoplasia.
A imagem apresentada revela o quão indolente pode ser o desenvolvimento de um teratocarcinoma embrionário mesmo tendo dimensões consideráveis.

IM n.º 2650

Cerebrite e perda auditiva, raridades na doença pneumocócica disseminada.

Soraia Pinho Duarte(1);Mauro Gomes Marques(1);Bárbara Lemos(1);Diana Fernandes(1);Maria Jesus Banza(1)
(1) Centro Hospitalar de Leiria / Hospital de Santo André

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher, 53 anos, sem antecedentes relevantes.
Admitida por alteração do estado de consciência e febre. À observação apresentava movimentos descoordenados e rigidez da nuca. Hipotensa e febril. Em exame bacteriologico do liquor e hemoculturas foi isolado Streptococcus pneumoniae tendo sido admitida doença pneumocócica invasiva. Realizou antibioterapia com Ceftiraxone e 4 dias de dexametasona. Por agravamento neurológico e surdez, realizou ressonância magnética que objectivou cerebrite cortical frontal.
Com este caso, os autores pretendem realçar a importância do alargamento do estudo na doença pneumocócica disseminada, dada a raridade da complicação com abcesso cerebral e da instituição precoce de corticoterapia na redução de complicações como a surdez.

IM n.º 2682
Um mal nunca vem só

Antonio Eliseu(1);Paula Lopes(1);Jorge Mercier(1);Joana Teixeira(1);Margarida Agudo(1);Diana Pedreira(1);Ermelinda Pedroso(1)
(1) Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo

Tema: Doenças hematológicas

F; 39 anos, Recorreu ao SU por edema do membro superior direito e pescoço, febre, perda ponderal de 5 Kg e suores nocturnos com 1 mês de evolução. Na admissão: TT: 38ºC, SpO2: 98%, edema duro do membro superior direito com ingurgitamento jugular homolateral, circulação colateral torácica. Analiticamente: Hb: 10.9, Leuc: 17, linfocitose, Plaq: 105, LDH: 500; TC-Tórax: "volumosa massa sólida no mediastino superior com extensão cervical (13 cm craniocaudal e 93x10 de maior eixo) , sem plano de clivagem com a hemitiroíde direita, com desvio esquerdo da traqueia e franca redução do calibre da via aérea e redução do calibre do brônquio para o lobo superior direito; comprime a veia cava superior que apresenta redução do seu calibre, mas que nos parece permeável. " Foi colocada a hipótese diagnóstica de Linfoma de Hodgkin com síndrome VCS e iniciou corticoterapia e hipocoagulação.

IM n.º 2683

Tuberculose ganglionar incidental

Carolina Chumbo(1);Teresa Valido(1);Catarina Roquete(1);Filipa Figueiredo(1);Sara Furtado(1);Marta Rocha(1);Martim Trovão Bastos(1);Carolina Monteiro(1);Teresa Cruz(1)
(1) Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Apresentamos um homem de 81 anos, seguido na consulta de Medicina Interna por bicitopenia em provável relação com síndrome mielodisplásico. Em consulta de reavaliação em fevereiro de 2022, referiu queixas de disfagia de agravamento progressivo, sem outras queixas. Objetivou-se tumefação cervical anterior esquerda de novo. Tomografia computorizada (TC) do pescoço de dezembro anterior revelou lesão quística supratiroideia, prétraqueal esquerda com 32x21mm e múltiplas adenopatias. TC de março de 2022 mostrou essa lesão, septada, com 46x38mm. Realizou punção ecoguiada urgente. A microbiologia do aspirado diagnosticou Mycobacterium tuberculosis.
Com este caso salienta-se que a tuberculose, nas suas várias formas, nem sempre é um diagnóstico óbvio.

IM n.º 2694

Quais são os fatores de risco

Pedro Maia Santos Neves(1);Sofia de Almeida(1);Vital da Silva Domingues(1);Teresa Mendonça(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 61 anos, autónomo. Antecedentes pessoais de etilismo crónico, tabagismo ativo e insuficiência venosa periférica. Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia e febre com 2 dias de evolução. Por pesquisa SARS-COV2 positiva, realizou TC tórax que demonstrou lesão espiculada cavitada no LSD e múltiplas opacidades de vidro despolido bilaterais, coincidentes com infeção por COVID19. Curiosamente evidencia o principal fator de risco para cancro do pulmão, fazendo-se acompanhar do maço de tabaco e isqueiros para a realização do exame.

IM n.º 2700

Uma tetraparésia estafilocócica

Dra. Martinha Vale(1);Inês Araújo(1);Carlos Nogueira(1);Marta Pereira(1);Ana Isabel Oliveira(1);Margarida Robalo(1);Carla Maravilha(1);Sofia Esperança(1);Paulo Gouveia(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 51 anos, autónomo, recorreu ao Serviço de Urgência por clínica com 9 dias de evolução de diminuição de força dos membros, de predomínio proximal, associada a alteração sensitiva dos membros inferiores, reflexos abolidos e incontinência de esfíncter vesical.

Estudo por Ressonância Magnética cervical compatível com espondilodiscite de C6-C7 com mielopatia por abcesso cervical epidural e destruição marcada desses corpos vertebrais, com necessidade de drenagem e descompressão cirúrgica emergente.

Identificada bacteriémia por Staphylococcus aureus multissensível, tendo o doente cumprido 59 dias de antibioterapia, com evolução muito favorável.

A espondilodiscite caracteriza-se por uma clínica inespecífica e insidiosa, exigindo um índice de suspeição elevado para alcançar o diagnóstico.

IM n.º 2702

Costelas em falta, e agora?

Dra. Susana Correia(1);Magda Garça(1);Sofia Sequeira(1);Maria Beatriz Santos(1);Paulo Ávila(1)
(1) HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO DA ILHA TERCEIRA

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 48 anos, internado no Serviço de Medicina Interna em contexto de identificação de múltiplas lesões dispersas pelas vértebras lombares, sagradas e dorsais, nos corpos vertebrais e nos elementos posteriores. A radiografia torácica da admissão mostrou ausência da face anterior dos 3.º e 4.º arcos costais e 2 lesões justapleurais à direita. No internamento, realizou TC toraco-abdomino-pélvica que revelou “duas massas com carácter expansivo e destrutivo no 3º arco costal posterior e 4º arco costal anterior direitos”. O medulograma revelou extensa infiltração medular plasmocitária. Foi diagnosticado mieloma múltiplo IgA com agressão esquelética predominante no esqueleto axial e o doente foi referenciado a Oncologia Médica.

IM n.º 2713

Ectasia Vascular do Antro – Uma causa de Anemia

Jorge Bernardo Reis(1);Manuela Estevinho(1);Francisca Carmo(1);João Luís Miranda(1);Raquel Dias Moura(1);Albina Moreira(1)
(1) Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Tema: Doenças gastrenterológicas e doenças hepáticas

Homem de 79 anos, sob programa regular (2 vezes por mês) de transfusões de glóbulos vermelhos (GV) por síndrome mielodisplásico, apresentou agravamento clínico com necessidade semanal de transfusão de GV. Foi avaliado por apresentar anemia sintomática associada a melenas de novo. Após estabilização clínica, foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou angiectasias de 2 a 4 mm, sugestivas de ectasia vascular do antro (GAVE). Foi tratado endoscopicamente com melhoria clínica e manutenção do padrão habitual de transfusão de GV prévio. A realização de estudo etiológico em doentes com anemia crónica (com causa estabelecida) é pertinente quando existe agravamento do valor de hemoglobina ou resposta inadequada à terapêutica instituída.

IM n.º 2727

Metástase óssea evidenciado no radiografia

VIKTOR BAIHERYCH(1);Miguel Coelho(1);Ivo Castro(1);João Cardoso(1);Tetiana Baiherych(1);Marisa Brochado(1);Adelaide Figueiredo(1);Cristina Esteves(1)
(1) HOSP DISTRITAL SANTAREM

Tema: Doenças oncológicas

Doente do sexo feminino, de 73 anos de idade, internada por adenocarcinoma de reto com suspeita de metastização cerebral. Durante o internamento a doente apresentou quadro doloroso do cotovelo direito sem sinais inflamatórios e sem traumatismo antecedente. O Rx do cotovelo direito veio a revelar: lesão ocupando espaço hipotransparente em continuidade com epicôndilo medial do úmero associada a lesão destrutiva deste osso com calcificação linear periférica com componente de partes moles.

IM n.º 2729

TC tórax pós vacina, o que esperar?

Daniela Filipa Sousa Viana(1);Joana Subtil(1);Joana Rua(1);Guilherme Assis(1);Joana Calvão(1);Filipe Martins(1);Fernando Salvador(1)
(1) Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE / Hospital de Vila Real

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 19 anos, autónoma. Antecedentes de síndrome de ansiedade. Vacinada para o SARS-CoV-2 (2 doses) no dia 15/06/21. Duas semanas depois recorre ao SU por febre, disúria, dor lombar, tosse seca e otalgia bilateral. Com SIRS analítico, elevação discreta FA e GGT e Pro-BNP 1000 pg/dl. RNA de Sars-Cov-2 negativo. É diagnosticada com Pielonefrite aguda, mas tem os seguintes achados no TC tórax: densificação com distribuição peribroncovascular em ambos os lobos inferiores, sugestivo de patologia inflamatória, no entanto sem padrão típico de infeção vírica por Sars-Cov2. Tem resolução imagiologia em 1 semana.
Os sintomas após vacinação são relativamente comuns, particularmente após a segunda dose, sendo normalmente ligeiros. Este caso apresenta um achado acidental de infiltrados pulmonares assintomáticos secundários à vacinação contra o Sars-Cov2.

IM n.º 2737

Massa mediastínica: o desafio etiológico

Marta Baião(1);Edgar Amaro(1);Rita Relvas(1);Soraia Mendes(1);Inês Nogueira da Fonseca(1);Diogo Cruz(1)
(1) HPP Hospital de Cascais

Tema: Doenças oncológicas

Homem com 60 anos, com história de tabagismo ativo, foi encaminhado ao Serviço de Urgência pelo médico de família com perda ponderal involuntária, toracalgia, ortopneia, cansaço, tosse produtiva e por alargamento bilateral do mediastino superior em radiografia torácica. Realizou uma tomografia computorizada que descrevia uma volumosa lesão no mediastino anterior e médio, medindo 16,5 x 15 cm, com envolvimento de vários feixes vasculares. A lesão foi biopsada, sugerindo um seminoma, contudo não apresentava evidência de massas testiculares na ecografia escrotal. Fez 4 ciclos de quimioterapia e mantém seguimento em consulta de urologia e oncologia. Os autores consideram este caso pertinente pelo desafio no diagnóstico diferencial da massa mediastínica e pela sua importância.

IM n.º 2761

Anticoagulado, antiagregado e com distúrbio protrombótico, só faltava hematoma subdural

Rita Diz(1);Helena Maurício(1);José Brisuela(1);Micaela Sousa(1);Rita Pera(1);Tiago Ceriz(1);Andreia Diegues(1);Miriam Blanco(1)
(1) Unidade Local de Saúde do Nordeste

Tema: Doenças cérebro-vasculares e neurológicas

Homem 86 anos, autónomo, com antecedentes de Policitemia Vera, HTA e FA crónica hipocoagulado com dabigatrano, recorreu ao SU por síncope com trauma CE e HSD subagudo hemisférico direito, frontotemporoparietal com 22 mm de espessura, obliteração dos sulcos corticais regionais e colapso do ventrículo lateral direito com desvio esquerdo das estruturas medianas de cerca de 11 mm.
Foi enviado para Neurocirurgia, onde foi submetido a drenagem do HSD direito no 4º dia de internamento, sem intercorrências, sem défices neurológicos sequelares. Reavaliado após 10 dias, com boa evolução.
Deste caso destaca-se a importância das patologias de base, sendo um doente anticoagulado, antiagregado e com distúrbio protrombótico, que com o envelhecimento da população se vem tornando uma realidade cada vez mais comum e a ter em conta, afetando o desfecho clínico.

IM n.º 2762

Hiperdensidade tomográfica identificada à primeira vista

Filipa Macieira(1);Teresa Medeiros(1);Diogo Fitas(1);Pedro Moniz(1);Fátima Leal-Seabra(1)
(1) ULSMatosinhos

Tema: Urgência, cuidados intermédios e doente crítico

Mulher de 61 anos admitida no serviço de urgência por quadro de cefaleia holocraniana intensa, sem irradiação, com fotofobia associada. Apresentava-se nauseada e teve um episódio de vómito. À observação hemodinamicamente estável, sem sinais meníngeos ou focais mas com agitação psicomotora. TC-CE revela extensa hemorragia subaracnoídea infra e supratentorial com maior expressão na cisterna do polígono, vala sílvica direita, pré-pôntica que em angio-TC mostra estrutura mamilada na bifurcação da artéria cerebral média direita que sugere pequeno aneurisma.
Os autores pretendem alertar para a importância da formação para avaliação de exames imagiológicos a fim de aumentar a eficiência no tratamento “contra o relógio” destes doentes.

IM n.º 2766

Lesão renal obstrutiva por fecaloma volumoso – um caso insólito

Ana Beatriz Barata(1);Sara Dias(2);Elisabete Margarido(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos (2) Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

Tema: Outro

A obstipação crónica pode levar à formação de fecalomas volumosos, que em casos raros podem, pelo seu efeito de massa, originar obstrução urinária extrínseca e consequente lesão renal, particularmente em doente mais idosos.
Mulher de 79 anos que se apresenta no SU com quadro de confusão e dejecções líquidas. Ao exame objectivo com massa dolorosa no hipogastro, sem outras alterações significativas. Analiticamente com lesão renal aguda. TC abdomino-pélvica revelou volumoso fecaloma com 80mm na ampola fecal, assim como volumoso globo vesical, sem dilatação da árvore excretora urinária. Feita extracção manual de fecaloma e clister, posteriormente com normalização do trânsito intestinal sob laxantes. Algaliada transitoriamente, conseguindo boa diurese e normalização da função renal.

IM n.º 2767

Exuberante Hepatomegalia em doente sem contacto com cuidados de saúde

Andreia Brito(1);Sérgio Azevedo(1);Jorge Nepomuceno(1)
(1) CHMT - H Abrantes

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 53 anos, sem doenças ou medicação prévias, recorreu ao serviço de urgência por astenia e desconforto abdominal com 6 mese, sem qualquer ida prévia ao Hospital ou cuidados de saúde primários. Ao exame físico: caquexia, icterícia conjuntival, abdómen globoso, macicez à percussão, dor à palpação abdominal profunda e presença de ascite. Analiticamente com hiperbilirrubinemia mista. Na tomografia computorizada destaca-se exuberante hepatomegalia multinodular, massa sólida pancreática, invasão vascular do tronco celíaco e esplenomegalia muito heterogénea com possível lesão vascular. A evolução do doente foi desfavorável acabando por falecer durante o internamento. Esta caso mostra a importância do acesso aos cuidados de saúde e vigilância médica regular no rastreio das doenças oncológicas, para um diagnóstico precoce de modo a aumentar a probabilidade de cura

IM n.º 2768

Eritema ab igne

Carla Sofia Silvestre Pereira(1);Lia Marques(1);Diana Repolho(1)
(1) Hospital Beatriz Ângelo

Tema: Outro

Doente do sexo feminino, 83 anos, recorreu ao serviço de urgência após queda da própria altura com radiografia da anca a confirmar fratura do cólo do fémur. Apresentava um eritema macular não branqueável arroxeado na região interna de ambas as coxas.
O eritema ab igne é uma dermatose reticulada pigmentada rara provocada pela exposição prolongada a uma fonte de calor, como aquecedores a óleo. Os sinais iniciais são um eritema macular que, com a exposição crónica, desenvolve a clássica hiperpigmentação reticulada arroxeada. A evicção da fonte de calor conduz à resolução dos sintomas. Em caso de exposição prolongada existe um risco aumentado de lesões permanentes, como por exemplo evolução para carcinoma de células escamosas. Atualmente, o eritema ab igne não é uma patologia comum e entre os diagnósticos diferenciais inclui-se o livedo reticularis ou cutis marmorata.

IM n.º 2773

Contratura muscular do trapézio - uma artrite sética mascarada.

Ana Sara Gonçalves(1);Joana Jacinto(1);Jéni Quintal(2);Lisandra Gouveia(1);Mónica Jardim(1);Daniano Caires(1);Andreia Pestana(1);Rafael Freitas(1)
(1) CH FUNCHAL - MARMELEIROS (2) Centro Hospitalar de Setubal

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A invasão do espaço sinovial por microrganismos, principalmente por via hematogénea, designa-se artrite sética. Descreve-se o caso de um homem de 53 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2, que recorreu ao serviço de urgência por dor, calor e rubor no ombro esquerdo após levantar peso, e febre (temperatura timpânica 38.9ºC). Analiticamente com leucocitose e proteína C reativa de 392mg/dL, admitiu-se episódio de celulite. As hemoculturas positivaram a *Staphylococcus aureus* e estudo imagiológico demonstrou abcesso multiloculado profundo do trapézio e alterações do espaço articular gleno-umeral sugestivas de artrite séptica (Imagem 1). Cumpriu antibioterapia com flucloxacilina e clindamicina. Realizada artrotomia com resolução do quadro (Imagem 2).

IM n.º 2775

Adenocarcinoma do pulmão como causa de falência cardíaca

Sandra Salgado Pereira(1);Luísa Soares Miranda(1);Hugo Miguel Miranda(1);João Maia Neves(1);Álvaro Ferreira(1);João Araújo Correia(1)
(1) Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Tema: Doenças oncológicas

Homem 76 anos, ex-fumador, diagnóstico de adenocarcinoma indiferenciado do pulmão com invasão da aurícula esquerda. Tratatamento sistémico paliativo com 7 ciclos de pembrolizumab. Progressão clínica e imagiológica, com aumento da invasão da aurícula esquerda e extensão à válvula mitral, evoluindo com falência cardíaca 8 meses após diagnóstico.
O adenocarcinoma indiferenciado do pulmão corresponde a 10-15% dos casos de cancro de pulmão não-pequenas células. Caracteriza-se por crescimento rápido e grande agressividade. A invasão da aurícula esquerda por neoplasias do pulmão é rara, descrita em 10% dos casos. Normalmente, estes doentes são inoperáveis e progridem com falência cardíaca. As arritmias e consequente embolização também são comuns.

IM n.º 2786
Varicela no Idoso imunodeprimido
Andreia Brito(1);Sérgio Azevedo(1);Jorge Nepomuceno(1)
(1) CHMT - H Abrantes

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

A varicela é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância, sendo pouco habitual no adulto. Doente de 73 anos, com antecedente de artrite reumatoide sob terapêutica imunomodeladora de longa data. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, prostração e erupções cutâneas. Ao exame objetivo prostrada, múltiplas lesões vesiculares dispersas por todo o corpo, edema e ulceração do pavilhão auricular à direitacom exsudato. Hipotensa e febril. Ficou internada tendo cumprido terapêuticacom aciclovir assim como tratamentos da lesão ulcerada do pavilhão auricular, com melhoria clínica. A varicela é uma patologia rara em adultos, no entanto pode ocorrer com alguma frequência em doentes imunodeprimidos. A vacinação não esta recomendada de forma generalizada, mas deve ser ponderada nestes doentes.

IM n.º 2795

Abcesso do iliopsoas associado a infeção da endoprótese de aneurisma aórtico abdominal

Bárbara Ferreira da Silva(1);Tânia Faustino Mendes(1);Matilde Couto(1);Mariana Marques(1);Nuno André Sousa(1);Filomena Esteves(1)
(1) HVFX

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Introdução: Homem de 78 anos, com história de aneurisma aórtico abdominal (AAA) com colocação de endoprótese em 2020, recorreu ao Serviço de Urgência, 7 dias após alta de internamento por uma bacteriemia a *Salmonella paratyphi* C com ponto de partida em uma infeção da endoprótese do AAA, com um quadro de febre e calafrios associados a dor na anca esquerda com irradiação para a coxa ipsilateral. Realizou angio TC abdominoplévica que revelou pequena colecção peri aneurisma, em contiguidade com volumoso abcesso no músculo iliopsoas à esquerda, 9x6 cm em eixo plano axial e 19 cm no plano coronal (Imagem 1,2 e 3).
Os abcessos do iliopsoas são complicações raras (cerca 1.4%) dos aneurismas abdominais infetados, sendo o seu prognóstico muito reservado.

IM n.º 2798

Uma forma rara de reativação do vírus Varicela-Zoster

Inês Fiúza m. Rua(1);Alexandra Abegão Matias(1);Maria Salomé Serranito(1);Miguel Sousa Leite(1);Diogo Drummond Borges(1);Rita Monteiro(1);Sofia Mahomed Mateus(1);Sara Margarida Dias(1);Marta Duarte Silva(1);Jorge Salsinha Frade(1);Ana Catarina Pina Pereira(1);Maria Meneses Rebelo(1);Sara Pinto Magalhães(1);Fernando de Carvalho(1);Heidi Gruner(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

A S. Ramsay-Hunt é uma complicação rara de reativação do vírus Varicela-Zoster ao nível do gânglio geniculado, caracterizada por paralisia facial periférica, dor e erupção vesicular ao nível do pavilhão auricular, canal auditivo externo e/ou mucosa orofaríngea e disfunção vestibulococlear. A sua incidência é maior em doentes imunodeprimidos. Caso1: Mulher, 21A, VIH não tratada, medicada inicialmente com Amoxicilina/Ác. Clavulânico por uma OMA direita, recorre ao SU por agravamento com dor, otorreia, vertigens e paralisia facial periférica à direita. Caso2: Mulher, 85A, DM2 NIT (HbA1c 8.5%), recorre ao SU por parésia facial periférica, vesículas da face e orofaringe homolateral, com dor a impedir a ingesta alimentar. A identificação das diferentes variantes e o diagnóstico precoce são essenciais, pois o prognóstico depende do início atempado do tratamento.

IM n.º 2799

Fasceíte Necrotizante - Uma cenário de mau prognóstico

Dra. Martinha Vale(1);Inês Araújo(1);Marta Pereira(1);Carlos Nogueira(1);Ana Isabel Oliveira(1);Margarida Robalo(1);Joana Alves(1);Carla Maravilha(1);Sofia Esperança(1)
(1) Hospital de Braga

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Mulher de 61 anos, diabética, foi admitida no Serviço de Urgência por prostração, perda de força nos membros inferiores, com incapacidade de marcha na última semana.
À observação, confusa, hipotensa, com membro inferior direito mal perfundido, em rotação externa. TC abdominopélvico a revelar heterogeneidade da sínfise púbica com sinais de descontinuidade cortical e imagens gasosas intraósseas, enfisema da parede abdominopélvica anterior e intermuscular na raiz das coxas, com extensão inferior bilateralmente, mais exuberante à direita.
Diagnosticada fasceíte necrotizante, submetida a desarticulação coxofemoral direita e complicada com múltiplos abcessos e osteomielite.
Trata-se de uma patologia com elevado índice de morbimortalidade, como verificado neste caso, tendo a doente vindo a falecer após 3 meses de internamento.

IM n.º 2802

Largada de balões – A primeira manifestação de uma neoplasia

Jorgina Isaías(1);Sofia Prado(1);Fernando Aldomiro(1)
(1) Hospital Prof Dr Fernando Fonseca

Tema: Doenças oncológicas

Homem de 71 anos de idade, previamente autónomo para as atividades de vida diárias, trazido a urgência por quadro, com cerca de 5 meses de evolução, de cansaço para pequenos esforços, astenia, perda ponderal superior a 10 kg.
À admissão, doente emagrecido e hipoxémico (saturação periférica de 86,8% em ar ambiente). A radiografia do tórax revelou múltiplas lesões nodulares e um derrame pleural bilateral. Para esclarecimento destas alterações, foi realizada TC torácica que evidenciou: incontáveis lesões nodulares dispersas em ambos os campos pulmonares, a maior com cerca de 2 cm de maior eixo no lobo superior direito, em relação metastização pulmonar maciça; volumosa massa do mediastínico; derrame pleural bilateral volumoso; lesões nodulares hepáticas, sugestivas de depósito secundário.

IM n.º 2811

Neoplasia pancreática metastizada em doente quadragenário

Daniano Caires(1);Luís Ramos Santos(1);Daniel Carvalho(1);Daniel Melim(1);Ana Sara Gonçalves(1);Sofia Almada(1);Rafael Freitas(1)
(1) Hospital Dr. Nélio Mendonça

Tema: Doenças oncológicas

Mulher de 47 anos, obesa, com antecedentes de TVP na veia poplítea direita no mês anterior, recorreu ao SU por quadro com um mês de evolução de tonturas, perda de apetite, náuseas, vómitos pós-prandiais, perda de peso e fadiga. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Analiticamente apresentava elevação dos seguintes parâmetros: GGT 413 U/L, GOT 57 U/L, GPT 57.9 U/L, Fosfatase Alcalina 198 U/L, Lipase 67 U/L e PCR 97 mg/L. Imagiologicamente na TC AP identificou-se na cauda pancreática uma formação nodular com componente quistico excêntrico, medindo 55mm, sem plano de clivagem com a veia esplénica e o baço. Fígado apresentava nódulos hipocaptantes mal delimitados de natureza secundária. Marcadores tumorais revelaram um CA-19.9 >10000.

IM n.º 2838

Síndrome de DRESS

José Miguel Martins(1);João Pedro Oliveira(1);Pedro Teixeira(1);Ana Paiva Santos(1);Ana Rita Barbosa(1)
(1) Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Tema: Doenças autoimunes, reumatológicas e vasculites

Introdução: O Síndrome de DRESS caracteriza-se por uma reação adversa sistémica tardia a um fármaco e cursa com eosinofilia e envolvimento multiorgânico. Para além da suspensão do fármaco precipitante pode ser necessária corticoterapia sistémica em casos graves. O envolvimento cardíaco e a reativação viral associam-se a pior prognóstico.
Caso Clínico: Homem de 41 anos, asiático com Mieloma Múltiplo sob quimioterapia recorreu à urgência com exantema desde há 10 dias e pico febril isolado de 38,5º C. Iniciou alopurinol e cotrimoxazol três semanas antes dos sintomas.
Ao exame objetivo apresentou exantema maculopapular com afeção da face, tronco e membros e adenopatias inguinais.
Revelou Eosinofilia 8,48 x 10^9, AST 129 ALT 368 FA 339 GGT 383, imunidade a CMV e EBV, VDRL e HIV negativos. Calculado RegiSCAR 6. Iniciou corticoterapia sistémica com melhoria clínica e analítica.

IM n.º 2844
TÍTULO:URINA ROXA – UM FENÓMENO RARO
Sara Lourenço Tereso(1);Carlos Machado e Costa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Tema: Outro

Mulher de 81 anos, acamada, internada por infeção de úlceras sagradas e glútea esquerda, encontrando-e algaliada nesse contexto. Durante o internamento observou-se algália e saco coletor de com urina de coloração roxa. A síndrome do saco coletor urinário roxo é uma entidade rara, mais comum em mulheres dependentes e cronicamente algaliadas. Acontece, na presença de bactérias produtoras de sulfatase ou fosfatase. A cor arroxeada da urina é uma mistura de pigmentos índigo e indirrubina, derivados do metabolismo do triptofano presente em alimentos, alcalinizam a urina e reagem por precipitação na algália e saco coletor. Doente sem sintomatologia urinaria, sem febre, sem isolamento agente em urocultura, tendo a urina roxa revertido espontameamente sem terapeutica antibiotica. Frequentemente esta condição está associada a infeção urinária e desaparece com o tratamento.

IM n.º 2848

Onde estão os Pulmões?

Jorge Salsinha Frade(1);Carlota Lalanda(1);Beatriz Barata(1);Inês Urmal(1);João Teixeira Alves(1);Pedro Mesquita(1);Elisabete Sousa(1);Ana Catarina Pina Pereira(1);Maria Menezes Rebelo(1);Ivo Pina(1);Rita Lencastre Monteiro(1);Ana Bravo(1);Cláudia Janeiro(1);Cláudia Neves(1);Sofia Salvo(1);Madalena Lisboa(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santo António dos Capuchos

Tema: Doenças infecciosas e parasitárias

Homem de 29 anos, sem antecedentes relevantes. Internado no contexto de cansaço para médios esforços, perda ponderal de cerca de 20Kg em 3 meses [25% do peso total] e tosse de predomínio nocturno, com expectoração esverdeada. Analiticamente, a destacar anemia com hemoglobina 10g/dL, aumento dos parâmetros inflamatórios, elevação da velocidade de sedimentação e hiponatremia 130mEq/L. Serologias negativas. TAC-Tórax e Abdominal com aspcetos compatíveis com infiltrado micro-reticulo-nodular confluente com particular envolvimento do pulmão esquerdo e no lobo superior direito com duas áreas de cavitação medindo cerca de 19 e 16mm, gânglios múltiplos em topografia mediastínica e hilar, e hepatoesplenomegalia. Foi realizada pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes positiva, tendo-se assumido o diagnóstico de Tuberculose miliar e iniciado tuberculostáticos.

IM n.º 2855

Osteolitíase no mieloma múltiplo

Sofia Ferreira Cunha(1);José Pereira de Sousa(1);Lourenço Cruz(1);Sofia Picão Eusébio(1);Pedro Fiúza(1);Raquel Soares(1);André Conchinha(1);Teresa Garcia(1);Ana Teresa Ferreira(1);Valentina Tosatto(1);Tiago Pack(1);Paula Nascimento(1);Ana Patrícia Cachado(1)
(1) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE / Hospital de Santa Marta

Tema: Doenças hematológicas

As lesões ósseas do mieloma múltiplo são, por definição, osteolíticas, culminando em fraturas patológicas e achados imagiológicos típicos. Apresentamos o caso de uma mulher de 71 anos, internada para estudo de tumor primário após realização de ressonância magnética que mostrava sinais de infiltração óssea secundária na coluna vertebral. Efetuado estudo analítico e imagiológico verificando-se anemia, hipercalcemia e a presença de gamapatia monoclonal a IgA kappa na eletroforese de proteínas. Evidenciaram-se, ainda, múltiplas lesões osteolíticas de morfologia redonda, com dimensões variáveis (Imagem 1) na tomografia computadorizada crânio-encefálica. Realizados mielograma e biópsia óssea que confirmaram o diagnóstico de mieloma múltiplo.

IM n.º 2857

Metamizol a mais - Ectima gangrenoso por agranulocitose secundária ao metamizol

Andreia Moreira Lopes(1);dr João Tavares(1);dr Filipa Viegas(1);Dra Daniela Duarte(1);dr Tiago Marques(2);Dra Fatima Sousa Gonçalves(2);Dra Inês Maury(2);Dra Inês Moreira Sousa(2);dr Isabel Cruz Carvalho(3);Dra Maria Ana Flores(2);dr Gonçalo Jantarada Domingos(2);Dra Maria Cunha(2)
(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE / Hospital de São Teotónio, EPE (2) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (3) Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital Pulido Valente

Tema: Outro

A agranulocitose é uma condição rara, potencialmente fatal que se manifesta por febre e odinofagia. Cerca de 70% dos casos são secundários a fármacos. O ectima gangrenoso é uma lesão típica de sépsis neutropénica por GRAM negativos.
Apresento o caso de um homem de 54 anos,saudável,construtor civil/jardineiro.
Recorre ao SU por febre, odinofagia e alteração do estado de consciência com 4 dias de evolução.
Antecendente de fratura maléolor em Fevereiro 2022 e desde aí a realizar analgesia com metamizol.
À admissão no exame objetivo salienta-se: amigdalite ulcero-necrótica. No joelho direito lesão necrótica com halo eritematoso com isolamento de Serratia marcescens em biópsia.
Analiticamente destaca-se com 200 cél/ul leucócitos com neutropenia absoluta e PCR 50 mg/dl.
Admitida agranulocitose a metamizol, cumpriu antibioterapia de largo espectro e G-CSF com melhoria.

SPMI
Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna